

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ VII МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»

Томск, 23 ноября 2018 г.

doi 10.17223/1814147/68/13

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ МОНОДОСТУПА К ЧЕРВЕОБРАЗНОМУ ОТРОСТКУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Р.Г. Ахметзянов^{1,2}, Ю.Б. Развозжаев¹,
И.Ю. Данильченко¹, А.В. Алонцев¹,
А.А. Фаев¹

¹ НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Новогузнецк

² ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новогузнецк

Введение

Методика монодоступа, или единого лапароскопического доступа (ЕЛД), к червеобразному отростку является перспективным, но еще недостаточно широко применяемым способом лечения острого аппендицита. Использование данной методики ограничено высокими требованиями к квалификации хирурга и отсутствием обоснованного подхода к выбору операции на основании объективных критериев.

Цель исследования: провести объективную оценку параметров хирургических доступов применительно к технологии монодоступа (ЕЛД) к червеобразному отростку с использованием метода спиральной компьютерной томографии (СКТ).

Материал и методы

Проведено ретроспективное исследование условий хирургических доступов методом СКТ у 101 пациента в возрасте от 22 лет до 81 года, средний возраст составил $(52,2 \pm 14,4)$ года. Мужчин было 38 (37,6%), женщин – 63 (62,4%).

Исследование проводилось на базе отделения лучевой диагностики ГАУЗ КО «НГКБ № 1» г. Новокузнецка на спиральном компьютерном томографе фирмы Siemens.

Оценивались следующие параметры хирургических доступов:

1) глубина раны (ГР) – измеряли вдоль заданного вектора, построенного через середину доступа до объекта вмешательства: основания червеобразного отростка;

2) толщина передней брюшной стенки (ТПБС) – расстояние от поверхности кожи до париетальной брюшины. Измеряли максимальную величину ТПБС в проекции доступа;

3) угол операционного действия эндохирurgical (УОДЭ) – моделировали путем построения векторов в виде угла от середины проекции доступа через внутреннюю апертуру доступа на уровне париетальной брюшины;

4) зона доступности (ЗД) – определялась как площадь дна раны на сагиттальном срезе по формуле площади основания конуса: $S_{\text{осн}} = \pi R^2$, где R – радиус основания конуса. Выполняли построение конуса с помощью векторов через центр проекции доступа на передней брюшной стенке до париетальной брюшины задней брюшной стенки, аорты, позвоночника, затем измеряли радиус основания конуса. По формуле вычисляли величину ЗД доступа;

5) угол наклона оси операционного действия инструмента (УНООДИ) – измеряли между вектором, проведенным через середину доступа к объекту вмешательства на плоскость, проходящую через объект вмешательства, параллельную горизонтальной плоскости;

6) площадь лапароскопической раны (ПЛР) рассчитывали по формуле площади боковой поверхности цилиндра: $S_{\text{бок}} = 2\pi Rh$, где R – радиус основания цилиндра, равный 1/2 длине доступа; h – высота цилиндра, соответствующая значению ТПБС.

На изображениях в сагиттальной плоскости определяли проекцию ЕЛД с заданной длиной 3 см, проводили измерение ТПБС в четырех точках вдоль срединной линии живота: «1» – на уровне пупка, «2» – на 1/3 дистальнее пупка по направлению к лонному симфизу, «3» – на 2/3 дистальнее пупка по направлению к лонному симфизу, «4» – на 3 см выше лонного симфиза.

Доступ «5» длиной 1,5 см проецировали в левой подвздошной области в месте пересечения среднеключичной линии и линии между пупком и передней верхней остью левой подвздошной кости.

Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Значения параметров лапароскопических доступов к червеобразному отростку по данным СКТ ($M \pm s$)

Критерий	Доступ «1»	Доступ «2»	Доступ «3»	Доступ «4»
ТПБС, см (n = 101)	1,4 ± 0,8	3,0 ± 1,2	2,6 ± 1,3	3,5 ± 1,2
ГР, см (n = 101)	13,1 ± 2,1	12,4 ± 2,7	11,9 ± 3,5	14,1 ± 4,1
УОДЭ, град (n = 101)	96,0 ± 29,4	60,0 ± 20,5	67,6 ± 23,1	52,2 ± 15,0
ЗД, см ² (n = 101)	388,4 ± 259,7	155,2 ± 118,3	176,9 ± 48,4	78,7 ± 60,3
УНООДИ, град (n = 101)	115,8 ± 18,7	92,8 ± 18,7	68,4 ± 17,2	46,1 ± 10,7
ПАР, см ² (n = 101)	13,6 ± 8,0	28,4 ± 11,3	24,9 ± 12,2	32,5 ± 11,5

Сравнительная оценка параметров пупочного доступа (доступа «1») и доступа в левой подвздошной области (доступа «5») приведена в табл. 2.

Таблица 2

Параметры доступов «1» и «5» к червеобразному отростку по данным СКТ ($M \pm S$)

Критерий	Доступ «1»	Доступ «5»
ТПБС, см	1,4 ± 0,8	2,5 ± 1,4
ГР, см	13,1 ± 2,1	17,1 ± 3,3
УНООДИ, град	115,8 ± 18,7	81,6 ± 11,7
ПД, см ²	13,6 ± 8,0	12,0 ± 6,8
Суммарная ПАР, см ²	19,0 ± 9,1	21,9 ± 10,3

Выводы

1. Разработанный метод позволяет провести объективную оценку параметров монодоступа (ЕЛД) к червеобразному отростку с помощью метода СКТ.

2. Применение в клинической практике СКТ обеспечивает возможность точной дооперационной оценки параметров монодоступа к червеобразному отростку.

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОПЕРЕЧНОЙ ЛАПАРОТОМИИ. СРАВНЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

И.В. Савостьянов, И.Ю. Данильченко,
Я.М. Лещинин

¹ НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Новокузнецк

² ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк

Введение

А. Santoro и соавт. провели сравнительный мета-анализ различных видов доступов при правосторонней гемиколэктомии и пришли к выводу о том, что поперечная лапаротомия обладает некоторыми преимуществами по сравнению с срединной, такими как меньшее изменение дыхательной функции, меньше послеоперационной боли, а также лучшие эстетические результаты. Многие зарубежные авторы сообщают о явных преимуществах поперечной лапаротомии над срединной (Halasz N.A., Borie F., Halm J.A., и др.). Так, в Японии проводилось сравнительное исследование между 62 пациентами после гемиколэктомии из поперечного доступа и 62 пациентами после срединного доступа, которое показало их сопоставимость.

Кроме того, некоторые послеоперационные результаты были лучше в группе с поперечным доступом (Hideyuki Ishida и др.). Так, после поперечной лапаротомии, пациент меньше ощущает боль, нежели после срединной лапаротомии (Halasz N.A. и др.), снижается количество легочных осложнений (Lindgren P.G., Massucci M., Stipa F. и др.) в раннем послеоперационном периоде, обеспечивается лучшее заживление послеоперационной раны (Leaper D.J. и др.) с образованием прочного (Tera H. и др.) и, в то же время, косметического рубца (Halm J.A. и др.). Совокупность всех положительных признаков поперечного доступа, приводит к сокращению койко-дней в стационаре (Lindgren P.G., Stipa F. и др.) и снижает количество послеоперационных грыж (Borie F., Labas P. и др.) в раннем и позднем послеоперационном периоде. Но, к сожалению, абсолютное большинство открытых оперативных доступов в хирургии остаются срединными (Reidel M.A. и др.).

Цель исследования: изучить пространственные характеристики поперечной лапаротомии на основании рентгенологического и анатомического методов.

Материал и методы

На базе Новокузнецкой городской клинической больницы №1 проводилось рентгенологическое исследование на 40-срезовом томографе

Siemens Somatom Sensation 40 у 46 пациентов нормостенического типа телосложения. Все параметры поперечной лапаротомии измерялись по методике А.Ю. Созон-Ярошевича. На базе Новокузнецкого клинического бюро судебно-медицинской экспертизы измерялись параметры поперечной лапаротомии на 12 трупах мужского пола, нормостенического типа телосложения.

Доступ верхней поперечной лапаротомии выполняли на границе средней и нижней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком, проводили поперечный кожный разрез от бокового края одной прямой мышцы живота до бокового края другой.

Точками измерения были выбраны шесть крайних точек брюшной полости: левый и правый куполы диафрагмы, пищеводное отверстие диафрагмы, левая и правая подвздошные ямки, пузырно/маточно-прямокишечная ямка.

Результаты и обсуждение

Данные, полученные путем МСКТ, показывают лучшие пространственные характеристики на верхнем этаже брюшной полости, когда как анатомическое исследование, напротив, показывает лучшие пространственные характеристики на нижнем этаже брюшной полости. Разница между данными пространственных характеристик поперечной лапаротомии, по нашему мнению, может быть связана с разным количеством рентгенологических и анатомических исследований. Кроме того, следует учитывать тот факт, что на компьютерных томограммах нельзя оценить эластичность тканей, тогда как на трупном материале эластичность тканей присутствует и может вызывать погрешность в измерениях.

Выводы

1. Пространственные характеристики поперечной лапаротомии приемлемы и позволяют производить адекватную ревизию и операции на органах брюшной полости.

2. МСКТ может являться прижизненным неинвазивным методом для оценки пространственных характеристик оперативного доступа, но требует дальнейшего изучения и сравнения с анатомическими исследованиями.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ НЕУДАЧНЫХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Д.В. Ручкин, А.А. Заваруева

*ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, г. Москва*

Введение

Практическая значимость проблемы повторных реконструктивных вмешательств после

неудачных антирефлюксных операций связана не только с высокой распространенностью основной патологии, частотой рецидивов, технической сложностью выполнения повторных операций, но и с отсутствием единой концепции для решения этой проблемы.

Сегодня грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) занимает первое место среди доброкачественных заболеваний пищевода. По распространенности в структуре заболеваний пищеварительного тракта, по разным данным, она занимает 2–3-е место, после язвенной болезни и холецистита. Частота возникновения данной патологии привела к прогрессирующему росту количества выполняемых антирефлюксных операций (АРО). Предложено около 50 традиционных методов хирургической коррекции ГПОД. С развитием малоинвазивных технологий и появлением новых материалов, вариантов АРО становится еще больше, но до сих пор не решена проблема профилактики рецидива заболевания.

Многообразие вариантов оперативных вмешательств при ГПОД свидетельствует об отсутствии методики, которая бы полностью удовлетворяла хирургов. Несмотря на то что частота осложнений после АРО остается постоянной, количество неудачно оперированных пациентов, в виду высокой оперативной активности, неуклонно растет. Были проведены ряд клинических исследований, сравнивающих АРО с применением лапароскопического и традиционного доступов. Медиана рецидивов после лапароскопических вмешательств составила 30%, в некоторых исследованиях она превышает 50%, достигая даже 66%. Следует отметить, что эффективность каждой последующей АРО резко снижается – с 96% после первой до 42% после четвертой.

Цель исследования: оптимизация тактики хирургического лечения больных после неудачных антирефлюксных операций.

Материал и методы

В период с 2012 по 2017 г. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского наблюдали 42 пациента (25 (60%) женщин и 17 (40%) мужчин) в возрасте от 22 до 76 лет, после ранее перенесенных АРО, результат которых оказался неудовлетворительным. В большинстве случаев (38 (54,2%)) в качестве первичной операции была выполнена фундопликация в различных модификациях лапароскопическим или традиционным доступом.

Следует заметить, что довольно широко применялись методы пластики ПОД разнообразными биологическими и синтетическими материалами. Так, 8 пациентам (11,5%) была выполнена пластика ПОД сетчатым полипропиленовым эндопротезом. При этом 26 (62%) больных перенесли одну операцию, остальные пациенты были оперированы неоднократно: 2 операции

перенесли 9 (21%), 3 – 4 (10%), 4 – 1 (2%) и 5 – 2 (5%) больных. Все ранее оперированные пациенты отметили рецидив симптомов или появление новых. В общей сложности 42 больных перенесли 70 операций.

Результаты и обсуждение

Интраоперационно были выявлены причины осложнений. К наиболее распространенным из них относятся: миграция манжетки в средостение (23,4%), недостаточность (22,2%) или гиперфункция (14,8%) фундопликационной манжетки, соскальзывание манжетки (9,8%), фиксация манжетки к диафрагме (5,0%). К наиболее опасным осложнениям, зачастую не менее редким, относятся: пролежень сетчатого протеза в пищевод и (или) желудок (3,7%), пищеводные свищи (2,5%).

Несмотря на разнообразие предыдущих оперативных вмешательств и вариантов их осложнений, мы выполняли всего 4 вида повторных операций. В 69% случаев удалось ограничиться и выполнить повторную АРО – рефундопликацию или гастропластику по Collis. В 30% наблюдений при невозможности выполнения органосохраняющей операции, мы предприняли резекционные вмешательства – экстирпацию грудного отдела пищевода или операцию Merendino-Dillard.

Заключение

Многообразие причин неудач и осложнений АРО, техническая сложность повторных вмешательств и отсутствие гарантии их хороших результатов требуют стандартизации тактики повторных реконструктивных операций и лечения этой категории больных в специализированных отделениях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СЛИВ-РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С ДВОЙНЫМ ТРАНЗИТОМ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ, САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА И ПРОФИЛАКТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

В.В. Анищенко^{1,2}, Д.А. Ким^{1,2}, С.А. Семёнов²,
Е.М. Парфентьева²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск

² АО МЦ «Авиценна» Группы компаний
«Мать и Дитя», г. Новосибирск

Введение

Сахарный диабет (СД) 2-го типа при морбидном ожирении становится всемирной эпидемией, и у большинства пациентов контроль над заболе-

ванием не является оптимальным даже при наличии максимальной медикаментозной терапии, доступной в наши дни. Современные принципы развития пищевой промышленности привели к повсеместному увеличению потребления продуктов с высоким содержанием гликемического индекса. На физиологическом уровне это приводит к гормональной гиперактивности в проксимальных отделах тонкой кишки и гипоактивности в дистальных, что потенцирует и усугубляет течение метаболического синдрома и СД. В последнее время появляются доказательства эффективности хирургического вмешательства при СД 2-го типа, что изменило концепцию и подход к лечению этой болезни и открыло «зеленый свет» для развития метаболической хирургии. Двойной желудочный транзит (transit bipartition) в дополнение к слив-резекции желудка был разработан Santoro et al. для противодействия вышеуказанным эффектам. В отличие от ранее разработанных мальабсорбирующих хирургических методов, перенос питательных веществ поддерживается и в созданном тонкокишечном шунте, и в двенадцатиперстной кишке (ДПК), избегая слепых петель и сводя к минимуму мальабсорбцию.

Цель исследования: провести анализ эффективности слив-резекции желудка с двойным транзитом у больных с морбидным ожирением и сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы

Метод лапароскопической слив-резекции с двойным транзитом был внедрен в хирургическую клинику МЦ «Авиценна» в 2017 г. В период с декабря 2017 г. по август 2018 г. данным методом прооперировано 8 больных с морбидным ожирением и СД 2-го типа. Средний возраст пациентов составил $(48,0 \pm 8,2)$ года. Средний ИМТ – $(45,0 \pm 4,8)$ кг/м². М:Ж – 1:4. Сроки послеоперационного наблюдения – от 2 до 10 мес.

Результаты и обсуждение

Техника операции: Лапароскопическое вмешательство выполнялась во французском положении с пятью портами в стандартной позиции для слив-резекции. Выполнялась классическая верикальная резекция желудка с мобилизацией большой кривизны и ее пересечением сшивающим аппаратом (Echelon long 60) на калибровочном зонде 38 fr. Далее на расстоянии 20 см от илеоцекального угла петля тонкой кишки подшивалась к антральному отделу желудка с односторонним анастомозом бок-в-бок. При натяжении шунтирующей петли в направлении к антральному отделу желудка пересекались большой сальник. В результате желудочная трубка имела два выхода: естественный – через ДПК и шунтирующий – через анастомоз с подвздошной кишкой. Среднее время операции составило 72 мин.

Послеоперационное нахождение больных в стационаре составило ($4,5 \pm 1,5$) дня (от 3 до 6 дней). Послеоперационный период у всех больных проходил по стандартному протоколу ведения бариатрических пациентов. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено.

В сроки наблюдения 3 мес (7 пациентов) средняя потеря избыточной массы тела составила ($38,0 \pm 6,4$) %, в этот же период отмечена полная стабилизация метаболических параметров (HbA1c с ($7,8 \pm 1,2$) % на исходном уровне до ($5,2 \pm 0,4$) %) с отказом от сахароснижающей пероральной терапии. В сроки наблюдения 6 мес (5 пациентов) средняя потеря избыточной массы тела составила ($68,0 \pm 4,6$) %, при единичном наблюдении спустя 10 мес после операции потеря избыточной массы тела составила 85%.

Отдельным и немаловажным достоинством слив-резекции с двойным транзитом мы отметили отсутствие гастроэзофагеального рефлюкса после операции у 100% пациентов. При этом собственный опыт и данные литературы показывают, что после стандартной слив-резекции частота развития рефлюксной болезни составляет в среднем 68% (из них 10% требуют хирургической коррекции), что связано с отсутствием дна желудка и последующим разрушением антирефлюксного механизма кардии.

Заключение

Слив-резекция желудка с двойным транзитом по эффекту сопоставима с минигастрошунтированием (mini-gastric bypass), и в то же время является более простой в исполнении, имеет меньше послеоперационных осложнений и приводит к раннему насыщению, быстрой потере массы тела и низкому эффекту мальабсорбции. Кроме того, шунтирование культи желудка дает обнадеживающие результаты по профилактике гастроэзофагеального рефлюкса, что, безусловно, требует дальнейшего изучения.

СЕГМЕНТ ТОЩЕЙ КИШКИ НА НОЖКЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Д.В. Ручкин, В.А. Козлов

*ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, г. Москва*

Введение

Современный этап развития желудочной хирургии характеризуется критической оценкой функциональных результатов традиционных операций. Об этом свидетельствует большое количество фундаментальных работ по созданию и поиску наиболее физиологических вариантов реконструкции после тотального и субтоталь-

ного удаления желудка. В тематической литературе наметилась тенденция ухода от традиционных модификаций в пользу более технически сложных, но выгодных для пищеварения способов. Предложенные варианты направлены на создание клапанных анастомозов и резервуаров на петлях по Брауну и по Ру., но они не решают главной проблемы петлевой реконструкции – выключения из пищеварения двенадцатиперстной кишки (ДПК) как основной причины патологических расстройств после операций на желудке. Создание методик, восстанавливающих естественный пассаж пищи с ортотопическим замещением желудка петлей тощей кишки, представляло собой актуальное направление оперативной гастроэнтерологии на всех этапах ее развития. Прогресс современных технологий периоперационного обеспечения позволяет безопасно усложнять оперативный прием и реализовывать на практике различные клапанные и резервуарные варианты реконструкции, направленные на компенсацию пищеварения и улучшение качества жизни оперированных больных.

Цель исследования: создание концепции физиологической реконструкции в хирургии желудка.

Материал и методы

В период с 2011 по 2017 г. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского было выполнено 213 операций с изоперистальтической еюногастропластикой (ЕГП). Показаниями к операции у 182 (85,4%) пациентов явился рак желудка, у 23 (10,8%) – болезни оперированного желудка и у 8 (3,8%) больных – рак культи или рецидив рака желудка. Тотально заместили желудок сегментом тонкой кишки на сосудистой ножке 150 больным (70,2%), из них 142 – после гастрэктомии, 7 – после экстирпации культи, в 1 наблюдении – после резекции эзофагоеюноанастомоза. Операцию типа Merendino-Dillard выполнили 50 пациентам (23,6%), из них 39 – после субтотальной проксимальной резекции желудка, 11 – после резекции эзофагогастроанастомоза. Интерпозицию сегмента тонкой кишки между культей желудка и ДПК осуществили 10 пациентам (4,8%), из них 9 – после резекции гастроэнтероанастомоза и ререзекции культи желудка и одному – после дистальной субтотальной резекции. Инверсию отводящей петли в ДПК выполнили 3 пациентам (1,4%), из них двоим – после гастрэктомии с петлевой реконструкцией и одному – после резекции желудка по Гофмейстеру.

Результаты

Послеоперационные осложнения развились у 14 (6,6%) больных. Частичную несостоятельность анастомоза диагностировали у 8 (3,8%) пациентов, из них у 7 (3,3%) – пищеводно-тонкокишечного, у 1 (0,5%) – тонкокишечно-

дуоденального соустья. Абсцесс поддиафрагмального пространства сформировался в 2 наблюдениях (0,9%). Все эти осложнения купировали путем адекватного дренирования под ультразвуковым контролем с вакуум-аспирацией. В раннем периоде 4 больным (1,9%) потребовалась релапаротомия. У одного больного после гастрэктомии развился венозный тромбоз тонкокишечной вставки, потребовавший ее удаления и повторной ЕГП. В одном наблюдении показанием к релапаротомии явилась перфоративная язва ДПК, выполнили ее ушивание. Еще у одной больной образовалась поддиафрагмальная гематома, потребовавшая санации и дренирование брюшной полости. Зафиксирован один летальный исход у пациента после неоднократных релапаротомий по поводу послеоперационного панкреонекроза. Госпитальная летальность составила 0,5%.

Отдаленные результаты по совокупности объективных клинических и функциональных критериев можно признать благоприятными. Однако относительно небольшие сроки наблюдения не позволяют выполнить окончательную оценку. Обнадеживающим является факт отсутствия в исследуемой группе больных с моторно-эвакуаторными нарушениями интерпонируемого кишечного сегмента, требующими хирургической коррекции. Повторно оперировали 5 (2,3%) пациентов по поводу рецидива рака желудка.

Вывод

Сегмент тощей кишки на ножке является самостоятельной анатомо-физиологической единицей и универсальным пластическим материалом, позволяющим успешно решать оперативно-технические задачи реконструктивного этапа, частично замещать утраченные функции желудка и создавать благоприятные условия для реализации компенсаторных механизмов пищеварительной системы.

ПОВТОРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В ХИРУРГИИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Д.В. Ручкин, В.А. Козлов

*ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, г. Москва*

Введение

Повторные реконструктивные операции на желудке традиционно составляют отдельный раздел хирургической гастроэнтерологии. Сегодня эти открытые, технически сложные и часто уникальные операции не утратили своей практи-

ческой значимости. В современной литературе по-прежнему подчеркивается неудовлетворенность функциональными результатами стандартных вариантов резекций желудка и гастрэктомии. Тяжелые нарушения пищеварения после первичных операций на желудке приводят порядка 25% больных к стойкой инвалидизации и в 100% случаев требуют медицинской реабилитации. В основе патогенеза постгастрорезекционных расстройств лежит утрата резервуарной функции, привратникового механизма и дуоденального пассажа пищи. Совокупный ущерб пищеварению превышает его компенсаторные возможности и неизбежно приводит к развитию патологических состояний: демпинг-синдрому, синдрому мальабсорбции, агастральной астении, кахексии и т.п. Единственным радикальным методом лечения болезней оперированного желудка и рецидива рака остается повторная операция.

Цель исследования: компенсация расстройств пищеварения у оперированных на желудке больных путем поиска оптимального варианта повторной реконструкции пищеварительного тракта.

Материал и методы

В период с 2011 по 2017 г. в НМИЦХ им. А.В. Вишневского были выполнены 52 повторные операции пациентам, ранее перенесшим резекционные, дренирующие и антирефлюксные вмешательства на желудке. Мужчин было 30 (57,7%), женщин – 22 (42,3%). Средний возраст пациентов составил 55 лет. В качестве первичного хирургического вмешательства 21 пациенту (41,3%) была выполнена дистальная резекция желудка в модификации Бильрот-II, гастрэктомия – 12 больным (23,5%). Проксимальную резекцию желудка ранее перенесли 11 (21,6%) пациентов. После дренирующей желудка операции (в том числе гастростомирования) были 5 (9,6%) больных, после фундопликации по Ниссену – 3 (5,8%). Показаниями к повторной операции у 27 (51,9%) пациентов явились болезни оперированного желудка, у 25 (48,1%) – рецидив рака в анастомозе и рак культи желудка.

В качестве повторной операции ререзекцию желудка с реконструкцией по Бильрот-I выполнили 5 (9,6%), по Гофмейстеру – 1 (1,9%) больному. Реконструкцию на Ру-петле осуществили 4 пациентам (7,7%) после экстирпации культи желудка. Еюногастропластику применили в 30 наблюдениях (57,7%), из них в 8 (15,4%) – после дистальной ререзекции, в 6 (11,5%) – после экстирпации культи желудка, в 2 (3,8%) – после резекции эзофагоеюноанастомоза. Еще 3 (5,8%) пациентам выполнили инверсию отводящей петли в ДПК, у 2 – после гастрэктомии с петлевой реконструкцией и 1 – после резекции желудка по Гофмейстеру. Резекцию эзофагогастроанастомоза и операцию типа Merendino-

Dillard выполнили 11 пациентам (21,2%). Сегмент поперечной ободочной кишки в качестве пластического материала использовали у 2 (3,8%) больных: у одного – после экстирпации культи желудка, у одного – после резекции эзофагоэюноанастомоза.

Эзофагэктомия с пластикой левой половиной толстой кишки выполнили 8 (15,4%) больным, из них у 5 (9,6%) – с резекцией эзофагоэюноанастомоза, у 3 (5,8%) – с экстирпацией культи желудка. Еще одной больной (1,9%), ранее перенесшей гастростомирование, экстирпировали пораженный опухолью малый желудок и грудной отдел пищевода, а «выключенную» часть желудка использовали в качестве изоперистальтической трубки для субтотальной эзофагопластики. Только одному больному (1,9%) не выполнили реконструкцию по причине дефицита висцерального резерва после мультивисцеральной резекции по поводу рецидива рака в зоне эзофагоэюноанастомоза.

Результаты

Послеоперационные осложнения возникли у 5 (9,6%) больных. Частичная несостоятельность эзофагоэюноанастомоза развилась у 2 (3,8%), дуоденоэюноанастомоза – у 1 пациента (1,9%). Все они купированы путем адекватного дренирования и вакуум-аспирации. Лишь одному больному (1,9%) потребовалась релапаротомия в связи с некрозом толстокишечного трансплантата, который резецировали с выведением питательной коло- и эзофагостомы. Зарегистрирован один летальный исход на 1-е сут после операции от прогрессирования полиорганной недостаточности. Госпитальная летальность составила 1,9%.

Важным критерием оценки непосредственного результата повторной реконструкции являлась ее завершенность, достигнутая в 96,2% наблюдений. У 2 (3,8%) больных реконструкция осталась незавершенной. Отдаленный результат реконструктивной операции оценили по трехбалльной модифицированной шкале Visick с учетом самочувствия пациентов, динамики их питательного статуса, наличия тех или иных расстройств пищеварения. На момент окончания исследования под наблюдением осталось 44 (86,2%) из 51 пациента. Осмотр пациентов выявил в 26 случаях (59,9%) хороший результат, в 12 (27,4%) – удовлетворительный. Лишь 6 больным (13,7%) повторная операция ни принесла облегчения.

Вывод

Оценка полученных результатов демонстрирует купирование патологических синдромов оперированного желудка в большинстве наблюдений, что свидетельствует о целесообразности повторных операций с гастропластикой и восстановлением дуоденального пассажа.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

М.А. Попова¹, А.С. Леонтьев²,
А.Г. Короткевич^{2,3}, М.В. Мерзляков¹,
И.С. Шестаков²

¹ ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С.В. Беляева», г. Кемерово

² ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница №29», г. Новокузнецк

³ НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Введение

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) признаны ведущими методами диагностики органов панкреатобилиарной зоны и высокоэффективным (до 98%) методом лечения пациентов с конкрементами общего желчного протока. Но несмотря на большой опыт применения ЭРХПГ и (или) ЭПСТ, до 40% существует риск развития острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП) [1–4]. По данным литературы, при назначении медикаментозной профилактики уровень ОПМП снижается до 4% [2, 5, 6].

Цель исследования: изучить особенности медикаментозной профилактики острого постманипуляционного панкреатита.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 564 пациентов (420 (74,5%) женщин и 144 (25,5%) мужчин) за 2015–2017 гг, госпитализированных в ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница» и ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29». Средний возраст пациентов составил $(61,1 \pm 1,1)$ года, из них женщин $(60,7 \pm 0,7)$ года, мужчин $(62,4 \pm 1,3)$ года.

Всего выполнено 720 внутриспросветных ретроградных транспапиллярных вмешательств. Эндоскопические интервенции выполняли в рентген-операционной, в положении пациента на левом боку. Для местной анестезии ротоглотки использовали 1%-й лидокаин-спрей. Использовали видеоодуоденоскопы компаний Fuginon и Karl Storz, катетеры и пипиллотомы компаний Endostars, Boston Scientific, COOK medical и MTW. Для профилактики ОПМП применяли: постбульбарную блокаду (ПББ) 0,5%-м раствором новокаина в 35 случаях (6,2%), подкожное введение октреотида 0,01%-го 1 мл 3 раза в день в течение 2 сут в 117 случаях (20,7%), в 39 случаях

(6,9%) применяли таблетированную форму нитроглицерина, комбинацию октреотида в нитроглицерина в 167 случаях (29,6%), индометацин в форме суппозиториев по 100 мг в 23 случаях (4,1%) и комбинацию индометацина и октреотида и (или) нитроглицерина в 23 случаях (4,1%).

Развитие ОПМП оценивали по клинико-лабораторным признакам: гиперамилаземии, характерному болевому синдрому и клинической картине.

Результаты

Осложнения зафиксированы у 91 пациента (12,6%), в 53 (58%) из них развился острый панкреатит, в 13 (24,5%) – тяжелый панкреатит. Медикаментозная профилактика была проведена у 381 пациента (56,3%), у 44 (11,5%) развился ОПМП. После проведения ПББ панкреатит развился в 9 (17%) случаев, в 1 случае (11,1%) – ОПМП тяжелой степени. После назначения октреотида в 16 случаях (30,2%) развивался панкреатит, из них у 8 (50%) пациентов имело место тяжелое течение. При назначении нитроглицерина ОПМП был зафиксирован в 2 случаях (3,8%), у 1 (50%) протекал в тяжелой форме. У 1 пациента развился панкреатит легкой степени при назначении индометацина ректально. В 12 случаях (22,6%) после назначения комбинации нитроглицерина и октреотида развился ОПМП, в 7 (58,3%) – тяжелой степени, 2 (28,6%) случая из которых закончились летальным исходом на фоне развития панкреонекроза. В 13 (24,5%) случаях развился панкреатит у пациентов без медикаментозной профилактики, случаев тяжелого панкреатита в этой группе не выявлено.

Выводы

1. Частота развития ОПМП среди всех осложнений ЭРХПГ/ЭПСТ достигает 58%, тяжелое течение развивается в 24,5%. При назначении октреотида и его комбинации с индометацином панкреатит развился 30,2 и 22,6% соответственно, при этом тяжелое течение зафиксировано в 50 и 58,3% наблюдений, а 28,6% случаев закончились летально.

2. Назначение супп. индометацина позволяет предотвратить развитие тяжелого панкреатита и снизить частоту ОПМП до 1,9%.

3. Актуальным является усовершенствование профилактики ОПМП у пациентов при ЭРХПГ/ЭПСТ.

Литература

1. Chandrasekhara V., Khashab M.A., Muthusamy V.R. et al. Adverse events associated with ERCP // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2017. 85(1). P. 32–47.

2. Dumonceau J.M., Andriulli A., Elmunzer B.J. et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – June 2014 // *Endoscopy*. 2014. 46(9). P. 799–815.

3. Freeman M.L., DiSario J.A., Nelson D.B. et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study // *Gastrointest. Endosc.* 2001. 54(4). P. 425–434.

4. Hatami B., Kashfi S.M.H., Abbasinazari M. et al. Epinephrine in the Prevention of Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Pancreatitis: A Preliminary Study // *Gastroenterology*. 2018. 12. P. 125–136.

5. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.Н. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2005. № 1. С. 43–47.

6. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Острый послеоперационный панкреатит в транспиллярной эндохирургии // *Клінічна хірургія*. 2014. №9 (2). С. 17–20.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИОНАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С РАДИОЧАСТОТНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ

Е.В. Ковалистова, А.А. Захарченко,
Ю.С. Винник, Н.М. Тюхтева

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава
России, г. Красноярск

Цель исследования: оценить результаты комбинированного лечения больных с метастазами колоректального рака (мКРР) в печень при использовании региональной и системной химиотерапией в сочетании с радиочастотными (РЧ) резекциями печени.

Материал и методы

Проанализированы результаты комплексного лечения 85 пациентов с мКРР в печень. Общее состояние по шкале ECOG – 0–II. Стадии мКРР по Gennari – Н₂–Н₃. Синхронное поражение печени имело место у 47 (55,3%) из 85 больных, метастазное – у 38 (44,7%) из 85. Билобарное – у 54 (63,5%), унилобарное – 31 (36,5%). Наиболее частый вариант по количеству МТС: от 2 до 4 – 65,9%. Размеры МТС: от 0,5 до 5,0 см в диаметре.

РЧ-вмешательства выполнены у 58 (68,2%) из 85 пациентов: РЧ абляции МТС – у 19/58 (32,8%), РЧ резекции печени – у 39/58 (67,2%). РЧ резекции печени: сегментарная – 6 (15,4%) случаев, бисегментарная – 11 (28,2%), трисег-

ментарная – 10 (25,6%), резекция печени + абляция МТС – 12 (30,8%).

При синхронных мКРР, унилобарном поражении, $V \leq 60\%$: удаление первичной опухоли + РЧ резекция печени – у 12 (30,8%) из 39 больных. При биллобарном поражении ($V \leq 60\%$) – удаление первичной опухоли + РЧ резекция МТС – у 9 (23,1%) из 39 пациентов.

При метасинхронных мКРР, унилобарное поражение, $V \leq 60\%$: неоадьювантная химиотерапия (региональная химиотерапия) печеночных артерий (ХЭМ ПА, 5-фторурацил, 2000 мг) + системная химиотерапия (Капецитабин, 2000 мг/м², 2 цикла) + РЧ резекция печени – у 18/39 (46,1%) пациентов. У всех 39 больных после РЧ резекции печени – адьювантная системная химиотерапия в режиме XELOX (до 8 циклов).

РЧ-резекции печени (бескровные, атипичные) – при помощи генератора “Cool-tip® RF Ablation System”) по методике Milicevic.

Непосредственные и отдаленные (3-летние) результаты изучены у всех 39 пациентов после РЧ резекций печени.

Результаты

Среднее время удаления первичной опухоли толстой кишки составило 135 мин (90–180 мин), время резекции печени – 115 мин (50–200 мин), лигирование сегментарных сосудов – 0 случаев, лигирование долевых сосудов – 1, временное пережатие гепато-дуоденальной связки – 0, холецистэктомия – 11 (28,2%) из 39, объем кровопотери – (74,5 ± 23,4) мл.

Ранние послеоперационные осложнения после РЧ-резекции печени зарегистрированы у 4 (10,3%) из 39 пациентов.

При синхронных МТС осложнения развились в 3/21 случаях (14,3%): поддиафрагмальный абсцесс после резекции доли (2), профузное кровотечение из пострезекционной поверхности (1). В последнем случае – летальный исход.

При метасинхронных МТС с проведением неоадьювантной ХЭМ ПА 5-фторурацилом и последующей системной химиотерапией капецитабином + атипичной РЧ резекцией печени – эмпиема плевральной полости 1/18 (5,6%). Летальных исходов не было.

Общая трехлетняя выживаемость составила 47,2%. При синхронных мКРР (без проведения неоадьювантной ХТ) – трехлетний рубеж пережили 8/21 больных (38,1%), при метасинхронных мКРР (неоадьювантная регионарная + системная химиотерапия) – 9/18 пациентов (50,0%).

Заключение

Резекция печени – решающий метод лечения печеночных метастазов колоректального рака. Атипичные РЧ резекции печени – относительно безопасные оперативные вмешательства, при

синхронных МТС позволяют совмещать их с одномоментным удалением первичной опухоли толстой кишки.

Комбинированное лечение с проведением неоадьювантной регионарной и системной химиотерапии способствует увеличению абластичности РЧ резекции печени.

Использование современных цитостатиков и режимов химиотерапии в комбинированном лечении печеночных метастазов увеличивает эффективность резекции печени, способствует увеличению продолжительности жизни пациентов и улучшает ее качество.

ЭЗОФАГЭКТОМИЯ КАК СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Д.В. Ручкин, Д.Е. Оконская

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, г. Москва

Введение

Сегодня существуют разнонаправленные тенденции в лечении ахалазии кардии (АК) в зависимости от стадии и типа заболевания, сопутствующей патологии, возраста, пола, а также наличия осложнений. Остается спорным вопрос, какой способ лечения наиболее обоснован у больных АК терминальной стадии. Сторонники органосохраняющего лечения считают эзофагэктомию (ЭЭ) крайней мерой, аргументируя свое мнение тем, что АК является доброкачественным заболеванием с медленным прогрессированием, а экстирпация пищевода – весьма травматичное вмешательство. Сторонники же радикального подхода в лечении АК IV стадии выступают за выполнение ЭЭ. С их точки зрения, прогрессивное течение заболевания (необратимое расширение и атония пищевода), изнуряющая дисфагия, регургитация, аспирационный синдром, а также неэффективные вмешательства на кардии обуславливают необходимость экстирпации пищевода. Стойкое снижение качества жизни, высокий риск таких жизнеугрожающих осложнений, как аспирация и рак пищевода, а также неудовлетворительные результаты миотомии ставят под сомнение целесообразность органосохраняющего лечения больных с АК терминальной стадии.

Цель исследования: изучить результаты эзофагэктомии у больных с АК IV стадии.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов ЭЭ, выполненной 50 пациентам с АК IV стадии в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

в период с февраля 2012 по март 2018 г. Женщин было 27 (54%), мужчин 23 (46%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 23 до 69 лет, при среднем – 47,2 года.

Клинические проявления были следующими: затруднение приема твердой пищи у 50 (100%) пациентов, затруднение приема полужидкой пищи – у 39 (78%), боли в эпигастрии и за грудиной – у 27 (54%), срыгивание пищи – у 27 (54%), ночной кашель – у 17 (34%), потеря массы тела – у 17 (34%), рвота после приема пищи – у 10 (20%) больных. В качестве осложнений АК диагностированы: аспирационная пневмония у 6 (12%) больных, алиментарная кахексия ($\text{ИМТ} \leq 18,5$) – у 6 (12%), эрозивно-язвенный эзофагит, осложненный кровотечением – у 4 (8%). Ранее лечение по поводу АК проведено 31 больному (62%). Пневмокардиодилатацию выполнили 17 больным (34%), кардиомиотомию с частичной фундопликацией – 18 (36%), рекардиомиотомию – 3 (6%), стентирование пищевода – 3 (6%), инъекции ботулотоксина – 2 (4%), бужирование – 1 (2%). Всем пациентам выполняли рентгеноскопию пищевода, ЭГДС, МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки, в случаях аспирации – санационную бронхоскопию. В качестве радикального лечения всем пациентам выполняли транسخиатальную ЭЭ с одномоментной заднемедиастинальной пластикой пищевода изоперистальтической желудочной трубкой.

Результаты

У 43 (86%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 7 (14%) больных: гематома средостения – у 1 (2%); правосторонний гемоторакс – у 1 (2%); миоглобинемиия, острая почечная недостаточность RIFLE-I – у 1 (2%), гематома левого поддиафрагмального пространства – у 1 (2%); несостоятельность эзофагогастроанастомоза – у 1 (2%); эвентрация – у 1 (2%), мезентериальный тромбоз – у 1 (2%). В отдаленном периоде у 3 (6%) пациентов развилась стриктура эзофагогастроанастомоза, потребовавшая 1 курса эндоскопического бужирования.

Летальный исход наступил у 1 больной (2%), причиной которого послужил массивный тромбоз в бассейнах чревного ствола и верхней брыжеечной артерии: селезеночной, правой желудочно-сальниковой артерии с тотальным некрозом и перфорацией желудочного трансплантата; общей печеночной, верхней и нижней брыжеечных артерий с некрозом печени, тонкой и толстой кишки.

Выводы

Эзофагэктомия в терминальной стадии АК, при условии ее выполнения в профильном отделении, является безопасным методом с низкой

госпитальной летальностью. Органосохраняющие методы лечения ассоциированы с высоким риском развития аспирационных осложнений, тяжелым рефлюкс-эзофагитом, и, впоследствии, с рецидивом заболевания. В этой связи мы считаем транسخиатальную ЭЭ операцией выбора у больных АК IV стадии.

ПЕРФОРАЦИЯ ГИГАНТСКИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ЧТО ДЕЛАТЬ?

В.А. Полуэктов¹, В.Н. Никитин^{1,2},
С.Г. Клипач², В.М. Ситникова¹

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск

² БУЗ ОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», г. Омск

Введение

Лечение перфорации гигантских дуоденальных язв является актуальной проблемой в ургентной абдоминальной хирургии. Наиболее часто применяются паллиативные объемы оперативного вмешательства, такие как тампонада перфоративного отверстия прядью большого сальника с выключением (или без) двенадцатиперстной кишки (ДПК) из пищевого пассажа. Показания к применению резекционных методов (резекция желудка по Бильрот 1 или Бильрот 2 в различных модификациях) значительно сужены, что обусловлено длительностью существования перитонита, соматическим статусом больного. А у пожилых пациентов, у которых наиболее часто уже отзвучал пептический компонент морфогенеза язвы, и на первый план выдвигается сосудистый (трофический) фактор, резекция желудка не вполне обоснована. Высокие значения показателей послеоперационных осложнений (по данным разных авторов, от 61,11 до 63%) и послеоперационной летальности – от 11,1 до 50% у обсуждаемой категории больных актуализируют поиск оптимального интраоперационного решения в столь непростой ситуации. Наиболее оптимальный вариант разрешения ситуации в виде тотальной радикальной дуоденопластики был предложен В.И. Оноприевым, однако этот способ не лишен недостатков, минимизировать которые попытались авторы статьи.

Цель исследования: разработка и внедрение в клиническую практику способа радикальной дуоденопластики при операциях по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

В период с апреля 2016 по декабрь 2017 г. в хирургическом отделении БУЗ ОО «ГКБ СМП № 2» г. Омска были оперированы четверо муж-

чин по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК. Возраст пациентов составил 67, 69, 76 лет и 81 год, средний возраст – 73,25 года. Язвенный анамнез больных: 9, 11, 25 и более 40 лет, в среднем 21,25 года. Пациенты неоднократно проходили лечение по поводу обострения язвенной болезни. Все больные прооперированы в течение 6 ч с момента перфорации.

Критерии включения в исследование: наличие у пациента гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК, пожилой возраст, согласие на включение в исследование.

Оперативное вмешательство проводилось по оригинальной методике (Патент РФ № 2664176 от 15.08.2018): верхне-срединная лапаротомия, иссечение и экстерриторизация язвенных кратеров, оментопластика, формирование дуодено-дуоденоанастомоза «конец-в-конец» двухуровневым непрерывным швом, санация и дренирование брюшной полости. Отличительными чертами предложенного способа являются: поперечное рассечение передней стенки луковицы ДПК через центр перфоративного отверстия; использование двухуровневого непрерывного шва, который способствовал равномерному распределению нагрузки на сшиваемые ткани, увеличивает площадь соприкосновения серозных оболочек сшиваемых стенок и, следовательно, механическую прочность зоны ушивания.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность операции составила 104,8 мин, длительность стационарного лечения – 13,9 койко-дней, что не превышает аналогичные сроки, представленные в литературе. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено. Перфорация гигантских, наиболее часто циркулярных, дуоденальных язв происходит на фоне длительно существующего воспалительно-деструктивного процесса с предшествующей пенетрацией язвенных кратеров в окружающие органы и ткани. Перфоративное отверстие на передней стенке луковицы ДПК является проявлением наиболее клинически значимого на данный момент осложнения болезни. На задней стенке язвенный кратер либо уже был причиной эпизода состоявшегося кровотечения либо прогностически угрожает по кровотечению. Поствоспалительный ангиосклероз в зоне язвенного поражения повышает вероятность возникновения рецидивирующего профузного кровотечения. В свете вышесказанного, радикализм предложенного оперативного вмешательства становится наиболее обоснованным.

Вывод

Использование предложенного способа радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной

перфоративной язве луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов, кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

ГЕМОРРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ: НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ – ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

А.А. Полежаев, А.А. Захарченко,
Ю.С. Винник, К.О. Полевец

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России, г. Красноярск

Цель исследования: оценить 15-летние результаты эндоваскулярной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов при I–III стадиях геморроидальной болезни.

Материал и методы

Проанализированы результаты эндоваскулярного лечения 272 пациентов с I–III стадиями хронического геморроя (ХГ). Эндоваскулярную дезартеризацию (ЭДЗА) внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) выполнили: 56 (20,6%) пациентам с I стадией, 192 (70,6%) – со II стадией, 24 (8,8%) – с III стадией. Доминирующий симптом – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности.

Методы исследования: морфология и морфометрия слизистой дистального отдела ПК, сфинктерометрия и электрическая активность мышц жома, морфологическая картина каверной ткани ВГУ, микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве, динамика изменения размеров ВГУ (ретрофлексия проктоскопия), сроки купирования симптомов геморроя (кровотечение, выпадение), клиническая оценка результатов лечения. Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко.

Клинические результаты оценены в сроки от 1 года до 15 лет у 241 (88,6%) больных.

Результаты

Морфометрические и морфологические результаты: толщина слизистой – $(0,68 \pm 0,1)$ мм, диаметр просвета крипты – $(0,031 \pm 0,001)$ мм, диаметр бокаловидных клеток – $(26,1 \pm 0,8)$ мкм,

количество крипт на 1 мм – $(11,0 \pm 0,5)$. Эпителий на всем протяжении сохранен, крипты расположены правильно, цилиндрической формы, ядра эпителия крипт расположены базально. Воспалительных, дистрофических / атрофических изменений не выявлено. Функциональные результаты (сфинктерный аппарат прямой кишки): при I–III стадиях – степень дисфункции внутреннего сфинктера зависела от степени гипертрофии узлов – стадии заболевания. ЭДЗА приводила к нормализации тонического напряжения внутреннего сфинктера, не оказывала отрицательного влияния на фоновую и произвольную электрическую активность наружного жома, его сократительную способность.

Микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве: после ЭДЗА скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани уменьшалась почти в 2 раза (с $(109,5 \pm 9,5)$ до $(60,2 \pm 4,4)$ мл/мин/100 г) и не отличалась от показателей в межузловом пространстве ($(58,4 \pm 4,1)$ – $(59,1 \pm 4,3)$ мл/мин/100 г). Явления ишемии слизистой не зарегистрировано. Морфология ВГУ: в течение 1,5–2 мес развивался (морфологически подтвержденный) постэмболизационный склероз – купировались симптомы заболевания. Динамика уменьшения размеров ВГУ: через 1 мес после ЭДЗА узлы уменьшались в размерах (в среднем на 43 %), больше при I и II стадиях (в 1,8 и в 1,75 раза соответственно), чем при III (в 1,6 раза). Сроки купирования симптомов: у всех пациентов с I–II стадиями в сроки до 2 мес симптомы заболевания купированы полностью (отличный результат – 100%). При III стадии кровотечения прекратились у всех больных, а выпадение ВГУ полностью купировано у 16 (66,7%) больных (хороший результат – 83,3%). У 8 (33,3%) пациентов с III стадией наблюдались эпизодические выпадения ВГУ (удовлетворительный результат). Негативные явления со стороны заднего прохода после

ЭДЗА, в принципе, невозможны – отсутствие трансанальной инвазии.

Длительность госпитализации – $(1,6 \pm 0,4)$ дня. Сроки нетрудоспособности – $(5,3 \pm 0,7)$ дня. Отдаленный благоприятный результат наблюдался у 230 (95,4%) из 241 пациента. Возврат заболевания – 11 (4,6%) из 241. Вид дополнительного лечения: консервативная терапия – у 2 (18,2%) из 11 пациентов, трансанальная дезартеризация с мукопексией – у 5 (45,4%), геморроидэктомия – 4 (36,4%) больных. Субъективное удовлетворение процедурой отмечали 236 (97,9%) из 241 пациента.

Осложнения: критическая ишемия ректосигмоидного отдела ободочной кишки имела место у 1 (0,4%) пациента из 272 участников исследования (на стадии разработки метода). У 3 (1,1%) больных наблюдалась подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии (клинически незначимая). Летальных исходов не было.

Заключение

Эндоваскулярная дезартеризация – современный патогенетически обоснованный, достаточно эффективный и безопасный метод лечения геморроидальной болезни на ранних стадиях (I–II) при доминирующем симптоме – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. При III стадии возможность использования эндоваскулярной дезартеризации регламентирована мотивацией пациентов (боязнь негативных последствий любых трансанальных вмешательств) и отсутствием систематического выпадения внутренних геморроидальных узлов. Метод не является панацеей.

Эффективность и безопасность метода зависит от обоснованности показаний (определяет колопроктолог), квалификации рентгенохирурга, наличия современного ангиографического оборудования и расходных материалов (контрастов, эмболов и микрокатетеров).