

ми клипсами (Alton, Китай; Эндостарс, Россия). Оценку клинической картины проводили согласно шкале Eckard.

Результаты. При рентгенологическом обследовании пищевода с барием у всех пациентов выявлена 3 стадия ахалазии, из них сигмоидоподобный пищевод – у 1 пациентки. Манометрия высокого разрешения выполнена всем пациентам, по результатам которой установлен 2 тип ахалазии пищевода согласно Чикагской классификации. Для исключения эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки и кандидоза пищевода выполняли эзофагогастродуоденоскопию в предоперационном периоде. Согласно шкале Eckard на момент оперативного вмешательства сумма баллов 10 составила у 1 пациента, 12 баллов – у 5 пациентов. Разрез слизистой оболочки для последующего формирования тоннеля производили выше на 2-3 см от видимого спазма пищевода, дистальная граница тоннеля располагалась на 2 см ниже кардии. Формирование тоннеля и миотомии выполняли по задней стенке пищевода. Длина тоннеля составила 10-25 см. Гемостаз проводили коагуляцией сосудов с помощью гемостатических щипцов. Разрез слизистой оболочки в месте начала формирования тоннеля ушивали с помощью 5-6 гемостатических клипс с раскрытием бранш 14 мм. Первые сутки после операции пациентам запрещали прием пищи и жидкости через рот. Обезболивание в послеоперационном периоде проводили с помощью НПВС в первые сутки, в одном случае потребовалось введение раствора промедола. Контрольное рентгенологическое обследование с водорастворимым контрастом выполняли через сутки после операции. Затеклов, выхода контраста за пределы пищевода выявлено не было. После чего пациентам разрешали прием пищи, перетертой в блендере, в течение 3 недель. Выписку из стационара осуществляли на 5-7 день. Клинический и рентгенологический контроль выполняли через 3 месяца и 12 месяцев. При рентгенологическом контроле незначительная задержка контраста отмечалась в одном случае – у пациентки с сигмоидоподобным пищеводом и баллонными дилатациями в анамнезе, а также отмечалось клиническое улучшение – по шкале Eckard 2 балла. В остальных случаях пациенты отмечают отсутствие клинических симптомов и свободное прохождение бария через нижний пищеводный сфинктер при рентгенологическом обследовании. Осложнения (интра- и послеоперационные) отсутствовали.

Обсуждение и выводы. ПОЭМ является технически сложным эндоскопическим вмешательством, требует определенного уровня подготовки и опыта специалиста. Тем не менее, имеет низкие показатели осложнений согласно данным литературы, улучшает качество жизни пациентов.

Результаты лапароскопического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Клинический опыт

*А.Ч. Шулейко², Е.И. Вижинис², Д.А. Четик¹,
Е.А. Боровик^{1,2}, В.И. Журун¹, Ю.В. Бутра¹,
О.Г. Дыбов², И.А. Хаджи Исмаил²,
И.А. Давидовский²*

¹УЗ «Минская областная клиническая больница»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Малоинвазивные методы коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в последние годы стали основой хирургического лечения данной патологии. Малая травматичность, достоверная визуализация, прецизионная техника выполнения манипуляций позволяет значительно снизить количество интра- и послеоперационных осложнений, улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения. Цель работы – изучить результаты малоинвазивного оперативного лечения пациентов с ГПОД в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. С 2019 по 2024 годы в клинике хирургии ИПК и ПКЗ «БГМУ» на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» обследовали и оперировали 182 пациента с грыжами ПОД. Основными клиническими симптомами были загрудинная боль, регургитация, изжога, дисфагия. Для диагностики выполняли УЗИ, КТ, КТА, МРТ, видеоэзофагоскопию. Всем пациентам произвели рентгеноконтрастное полипозиционное исследование пищевода и желудка. Показаниями к операции были: неэффективность длительного консервативного лечения, выраженная некорректируемая дисфагия, рентгенологическая верификация ГПОД 2-4 степени. Операцию выполняли с использованием видеокомплексов «OLIMPUS» и «SPECTRUM». Пневмокардиодилатацию при необходимости производили дилататорами «Modi-Globe», «Micro-Tech (Nanyig)» под рентгенологическим или видеоэндоскопическим контролем.

Результаты и обсуждение. 173 пациентам выполнили лапароскопическую коррекцию грыжи с крурорафией и эзофагофундопликацией по Ниссену, 3 пациентам – по Дору. У 6 (3,4%) пациентов (фиксированная ГПОД 4 степени, «короткий» пищевод, невозможность адекватной мобилизации абдоминального отдела пищевода) потребовалась конверсия. Послеоперационные осложнения диагностировали у 24 (13,1%) пациентов. Умер 1 (0,54%) пациент. Причиной летального исхода были тромбоземболия и сердечно-сосудистая недостаточность.

У одного пациента интраоперационно выявили перфорацию абдоминального отдела пищевода. Выполнили лапароскопическое ушивание, фундопликацию с положительным результатом. Дренажирование плевральной полости потребовалось 13 пациентам. В отдаленном послеоперационном периоде (сроки наблюдения от 6 до 24 месяцев) осложнения выявили у 7 (3,8%) пациентов. У 3 пациентов выявили миграцию манжеты с пищеводом в средостение с возобновлением рефлюкса; в 4 наблюдениях – эластичное сдавление манжетой пищеводной трубки с нарушением пассажа. Пациентам с миграцией манжеты в средостение и рецидивом рефлюксной болезни назначили консервативное лечение с удовлетворительным результатом. Пневмокардиодилатацию выполнили 4 пациентам. Двум пациентам потребовались два и более сеанса дилатации. 3 пациента после манипуляции отметили стойкий положительный эффект, восстановление пассажа пищевых масс по пищеводу. В 1 наблюдении (2 года после первичной операции) имела место клиника протяженной стриктуры (более 5 см.) с невозможностью выполнения пневмокардиодилатации и бужирования. Выполнили релапароскопию и реконструкцию манжеты после фундопликации.

Выводы. Лапароскопическая операция является эффективным методом лечения ГПОД с минимальным количеством осложнений. Повторная операция должна выполняться по строгим показаниям и по возможности быть малоинвазивной. Миграция манжетки с возобновлением рефлюкс-эзофагита не требует обязательного повторного вмешательства. Баллонная пневмокардиодилатация является эффективным методом устранения дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде после пластики ГПОД.

Результаты лечения пациентов с паховыми односторонними и билатеральными грыжами после эндоскопических герниопластик

Е.А. Боровик^{1,2}, А.Ч. Шулейко², Е.А. Казаченок¹, Е.И. Вижинис², А.Н. Чернявский¹, А.Ю. Довнар¹

¹УЗ «Минская областная клиническая больница»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Паховые грыжи – одна из лидирующих патологий в практике абдоминального хирурга, что требует постоянного совершенствования методик их лечения. Эндоскопические методы пластики грыжевых ворот с использованием сетчатого импланта широко распространены в настоящее время в связи с меньшей травматизацией, возможностью одномоментного закрытия нескольких дефектов, ранней активизацией и, как следствие, уменьшением сроков госпитализации и экономической выгодой.

Цель работы – оценить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами после эндоскопических герниопластик.

Материалы и методы. На базе отделений №1 и №2 в период с 01.2024 по 01.2025 гг. были прооперированы 136 пациентов с паховыми грыжами различных локализаций. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения. Преобладали мужчины (94,8%) молодого возраста (Медиана 43 (21; 76) года), средняя длительность пребывания пациента в стационаре составила 4 (Медиана 4 (2; 5)) койко-дня. В подавляющем большинстве случаев пациентам выполнялась тотальная предбрюшинная эндоскопическая герниопластика (90,4%) с укрытием грыжевых ворот жесткими и полужесткими частично биодеградируемыми полипропиленовыми сетками размером 10*15 см с использованием трех троакаров – 10 мм с лапароскопом и двух 5 мм, которые устанавливались по средней линии в гипогастральную область. Давление в предбрюшинном пространстве составляло 10 мм рт. ст. В подавляющем большинстве случаев сетка не фиксировалась (94,1%), однако в ряде случаев применялся эндоскопический герниостеплер 5 мм. В конце каждой операции пациентам выполнялась инфльтрационная анестезия раствором бупивакаина 0,5%. Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 (Медиана 6 (1;12)) месяцев.