

тест-кап из биосовместимого пластика. Операция проводилась под однолечечным наркозом в положении пациента на боку. Разрез на грудной стенке выполнялся в проекции пораженного позвонка. Длина разреза и объем резекции участка ребра был соответствующим для введения импланта в плевральную полость. Косую оптику вводили кпереди от выполненного разреза. Далее производился дебридмент в зоне пораженных позвонков и декомпрессия спинного мозга. Формировали имплант, заполненный аутокостными фрагментами ребра, а поры стенки импланта были заполнены костным фаршем, изготовленным при помощи костной мельницы. Пазы в смежных телах позвонков выполняли при помощи бокскаптера. Проверку качества сформированных пазов выполняли при помощи тест-капа. После этого осуществляли спондилорез имплантом на холдере под рентген-контролем. Плевральную полость дренировали ПВХ-трубкой, раны ушивали.

Результаты. Открытое оперативное лечение при помощи индивидуальных систем стабилизации было выполнено 65 пациентам за 2024-2025 гг., что позволило перейти к внедрению миниинвазивной методики. По разработанной методике оперирован пациент З. 1974 г.р. Пациенту выполнялось тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава слева. Через неделю после операции в зоне швов появилось гнойное отделяемое и боли в позвоночнике, повышение температуры тела. Развился нижний парапарез. Диагноз: «Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава слева. Глубокая имплант-ассоциированная перипротезная инфекция, свищевая форма. Сепсис, септикопиемия. Спондилорез Th3-Th4. Стойкий выраженный болевой синдром. Нижний парапарез Frankel D.». Показаниями к операции явились биомеханическая нестабильность позвоночника, неврологический дефицит и некупируемый болевой синдром без ответа на консервативное лечение. Длина разреза на грудной стенке составила 5 см в проекции Th3-4 справа. Выполнена поднадкостничная резекция участка 3 ребра аналогичной протяженностью. Легкое в зоне Th3-4 подпаяно к позвоночнику – мобилизация. Под контролем оптики произведен дебридмент, декомпрессия спинного мозга, сформированы пазы в смежных позвонках. Контроль тест-капом. Вентральный спондилорез имплантом, заполненным аутокостью. Плевральная полость дренирована, косметический шов на рану. Общее время операции составило 2 часа 30

минут. Дренаж извлечен из плевральной полости на 7 сутки, пациент вертикализован в корсете. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение и выводы. Применение миниинвазивных оперативных вмешательств на позвоночнике у пациентов с вертебральной инфекцией с использованием индивидуальных стабилизирующих систем является перспективным направлением, позволяющим улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Пероральная эндоскопическая миотомия в лечении ахалазии пищевода

*Н.А. Лагодич^{1,2}, Е.А. Боровик^{1,2}, А.Ч. Шулейко²,
Е.А. Казаченок¹, Д.А. Четик¹, В.И. Журун¹,
С.Н. Лагодич¹, Д.О. Терентьев¹*

¹УЗ «Минская областная клиническая больница»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) представляет собой одну из эндоскопических методик лечения ахалазии пищевода. Согласно данным литературы, в настоящее время она является аналогом хирургическому методу лечения, в частности операции Геллера. Первые публикации успешно проведенной операции опубликованы в 2010 г. За этот период ПОЭМ зарекомендовала себя как безопасная операция с низким уровнем интра- и послеоперационных осложнений. Цель: показать результаты первого опыта в Республике Беларусь лечения ахалазии пищевода методом ПОЭМ.

Материалы и методы. За 2024 г. – 6 месяцев 2025 г. ПОЭМ выполнена 6 пациентам с ахалазией пищевода: 5 – мужчин, 1 – женщина. Средний возраст составил 26-61 (41,2) год. Анамнез заболевания от 1 года до 15 лет. В одном случае в анамнезе проводили неоднократные баллонные дилатации кардии. Диагноз ахалазии пищевода установлен при рентгенологическом исследовании и подтвержден при манометрии высокого разрешения у всех пациентов. Эндоскопическое вмешательство выполняли на видеоэндоскопической системе EPX-7010 (Pentax, Япония) видеогастроскопом EG-29i. Для диссекции использовали ножи: тип треугольный (Alton, Китай) и квадратный тип (Эндостарс, Россия). Эндоскопический гемостаз проводили с помощью щипцов для горячей биопсии (Эндостарс, Россия). Разрез слизистой оболочки закрывали гемостатически-

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.