

часть дифференциальной диагностики в обязательном порядке.

655. Анализ реконструктивных антирефлюксных операций и выявление причин неудачных фундопликаций

*Тимербулатов М.В. (1), Сендерович Е.И. (1),
Гришина Е.Е. (1), Зиганшин Т.М. (2), Гимаев Э.Ф. (2),
Казаков Н.М. (2).*

Уфа

1) ФГБОУ ВО БГМУ 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21

Актуальность. Доказано, что качество жизни пациентов значительно повышается после антирефлюксного оперативного лечения. Нельзя не признать, что на сегодняшний день даже в руках самых опытных специалистов в области антирефлюксной хирургии среди тщательно отобранных для оперативного лечения пациентов от 3% до 10 % больных нуждаются в повторном антирефлюксном вмешательстве. Самыми распространенными причинами неудачных фундопликаций являются рецидив рефлюкса и стойкая послеоперационная дисфагия. По данным некоторых авторов повторные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе в значительно меньшей степени способны улучшить качество жизни пациентов, по сравнению с первой операцией. Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты реконструктивных антирефлюксных операций, выявить морфологические причины неудачных фундопликаций. Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты повторных антирефлюксных операций у 23 пациентов, оперированных в городской клинической больнице №21 г. Уфы с 2011-2018 годы. Средний возраст пациентов составил 59±11 лет. По поводу стойкой послеоперационной дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде реконструктивные операции выполнены у 8 пациентов (3%), по поводу рецидива рефлюкса прооперировано 15 пациентов (6%). Качество жизни пациентов изучено до повторной операции и в сроки от 3 месяцев до 2 лет после операции с помощью опросника GIQLI. Результаты: Выполнено 23 реконструктивные

операции. Среднее время операции составило 130 мин. Принципиальными моментами повторных вмешательств являлись выделение из сращений и идентификация пищеводно-желудочного перехода, мобилизация нижней трети пищевода в полости заднего средостения с идентификацией и сохранением стволов блуждающего нерва, низведение грыжи (если таковая имела), идентификация и разделение первоначальной фундопликационной манжеты, мобилизация задней стенки желудка путем пересечения коротких желудочных сосудов (если не выполнена в ходе первой операции), задняя крурорафия 2-мя Z-образными швами с использованием нерассасывающегося шовного материала, формирование новой манжеты из передней и задней стенок дна желудка на передней стенке пищевода длиной не более 2,5 см. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения выявлены у 15 пациентов (68%). Среди них: значительное кровотечение при рассечении спаек - 10 пациентов (43%), остановлено интраоперационно; перфорация стенки желудка - 2 пациента (9%), ушита интраоперационно; кровотечение из паренхимы селезенки - 1 пациент (4%), остановлено интраоперационно; перфорация пищевода - 1 пациент (4%), ушита интраоперационно; поддиафрагмальный абсцесс с реактивным плевритом на 7 сутки послеоперационного периода, потребовалось 5 повторных операций. Выявленные морфологические причины стойкой послеоперационной дисфагии: рецидив грыжи - 4 пациента, чрезмерная крурорафия - 3 пациента, длинная фундопликационная манжета - 1 пациент. Самыми распространенными причинами рецидива рефлюкса стали соскользнувшая фундопликационная манжета (8 пациентов), полностью или частично разрушенная фундопликационная манжета (7 пациентов) и рецидив грыжи (15 пациентов). Индекс качества жизни пациентов GIQLI после повторных антирефлюксных операций статистически значимо выше предоперационных значений ($p=0,00023$) и не отличается от индекса качества жизни пациентов после первой антирефлюксной операции ($p=0,127$). Обсуждение. По мере накопления хирургического опыта в последние годы растет и количество пациентов, нуждающихся в реконструктивном антирефлюксном вмешательстве. Морфологические причины стойкой послеоперационной дисфагии и рецидива рефлюкса остаются предметом обсуждения. В нашем наблюдении установлено, что дисфагия является проблемой, связанной в основном с

избыточной или недостаточной крурорафией, нежели с фундопликационной манжетой. Ретроспективно установлено, что у большинства больных с рецидивом рефлюкса первая антирефлюксная операция выполнена по методу Ниссен-Розетти, без мобилизации задней стенки дна желудка. По-видимому, этим можно объяснить соскальзывание и разрушение фундопликационной манжеты в послеоперационном периоде. В лапароскопическом исполнении сложность метода Ниссен-Розетти заключается в точном выборе правой части дна желудка для формирования манжеты, вследствие отсутствия анатомических ориентиров в этой зоне. Желудок при этом делится на две части манжетой, сформированной из тела желудка, вместо дна. Также сохраняющееся постоянное натяжение со стороны коротких желудочных сосудов может способствовать разрушению манжеты. У большинства пациентов в ходе повторной антирефлюксной операции вследствие выраженного спаечного процесса в брюшной полости, отсутствия привычных для антирефлюксных вмешательств анатомических ориентиров развились серьезные интраоперационные осложнения, для решения которых потребовался достаточный хирургический опыт. Выводы. Реконструктивные антирефлюксные операции являются эффективными и безопасными, значительно повышающими качество жизни пациентов, хотя технически являются более сложными и требуют достаточного опыта подобных вмешательств от операционной бригады. В нашем наблюдении повторные операции по поводу дисфагии составили 3%, по поводу рецидива рефлюкса – 6%.

656.Видеоскопическая забрюшинная некрэктомия при инфицированном панкреонекрозе

Абдуллаев Я.П.(1), Галеев Ш.И.(2), Волков С.О.(2),
Цанитян Б.Г.(1), Агеева А.С.(2)

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И.Мечникова
- 2) СПбГБУЗ Городская больница №20

Совершенствование технической составляющей операций, стандартизация операций привели к началу освоения метода единого доступа в хирургии поджелудочной железы. В исследовании представлены первые результаты 15-и операций, выполненных за 2015-2018 гг. Все пациенты были оперированы спустя 3-4 недели заболевания по поводу отграниченных инфицированных некротических скоплений, расположенных кпереди от левой предпочечной фасции (результат деструкции клетчатки паракольного пространства и левого брыжеечного синуса, преимущественно в проекции связки Трейца). Показанием к операции считали доказанный инфицированный панкреонекроз (пузырьки газа в очагах деструкции, обнаруживаемые при КТ), либо появление плато в динамике процесса, когда, несмотря на комплекс консервативных мероприятий, сохранялась лихорадка, дискомфорт в левых подреберье, подвздошной области. У 12 пациентов на момент вмешательства были клинически релевантные системные осложнения острого панкреатита. В 9 случаях забрюшинная деструкция была сопряжена с некрозом поджелудочной железы (>30% площади). Пациенты укладывались в положение на спине. Операционный стол ротировали по направлению вправо на 15-30°. В левых поясничной (подвздошной, при необходимости) областях устанавливали троакары (от 3 до 5 в зависимости от распространенности некроза забрюшинной клетчатки), с помощью «Sрасemaker» создавали рабочее пространство. Под контролем глаза (ретроперитонеоскопия) выполняли секвестрэктомию. После удаления некротизированных тканей в полость устанавливали трубки для продленного лаважа дренированных полостей. От прогрессии сепсис-индуцированной полиорганной недостаточности умерли 3 пациента. Осложнений непосредственно связанных с некрэктомией не было. Для санации забрюшинного пространства требовалось в среднем от 1 до 3 этапных ревизий дренированных