

Приобретение оборудования для этой цели становится не целесообразным.

Список использованной литературы

1. Сторонова О.А., Трухманов А.С. Методика изучения двигательной функции пищевода. Пособие для последипломного образования /Под редакцией академика РАМН В.Т. Ивашкина. - М.: ИД «Медпрактика - М» - 2011. – 36с.
2. Залевский А.А. Обоснование применения передних наддиафрагмальных доступов и оперативных приёмов при лечении больных ГЭРБ и медиастинитом. Докторская диссертация. – С. 92-94. – Красноярск. – 2006.
3. Залевский А.А. Хирургическое лечение ГЭРБ (клиника, диагностика, ключевой фактор патогенеза, оперативные доступы и приёмы, результаты лечения) LAP LAMBERT Academic Publishing. - 2011. - С. – 35-38.
4. Залевский А.А. Способ лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни восстановлением функции клапана Губарева над диафрагмой // Патент РФ №2198603 от 20.03.2003, А 61 В 17/00 по заявке №2001105111 от 21.02.2001. Публ. 20.02.2000. Бюл. №5.
5. Zalevskiy A.A. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Dudweiler Landstr. 99 - D-66123 Saarbrücken, LAP LAMBERT Academic Publishing. - 2011. - 109 p.

© Залевский А.А., 2017

УДК616.329.33-008.17-092-89

Залевский Анатолий Антонович

Доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный изобретатель РФ, хирург
Г. Красноярск, РФ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ ПРИ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ II СТЕПЕНИ

Аннотация

Хирургическое излечение ГЭРБ, ассоциированной с врождённым коротким пищеводом II степени, с использованием оперативного доступа к грудному отделу желудка со стороны левого грудино-рёберного треугольника диафрагмы (щель Ларрея) и оперативного приёма формирования клапана из передней стенки грудного отдела желудка поверх кольца пищевода отверстия диафрагмы является инновационным. Во время приёма пищи створка клапана под давлением пищевого комка отклоняется книзу и вперёд, между приёмами пищи возвращается под пищеводно-желудочный переход. Исключается дисфагия и препятствие физиологической отрыжке. Диспансерное наблюдение за 11 больными показало, что клапан не проявляет признаков анатомической и функциональной деградации и рецидива ГЭРБ в отдалённые сроки до 20 лет.

Ключевые слова

короткий пищевод, ГЭРБ, хирургия.

Введение.

Существует множество концепций патогенеза ГЭРБ порой диаметрально противоположных. В настоящее время их число превышает 50. Рудольф Ниссен в 1956 году применил навёртывание манжетки из дна желудка вокруг дистального отдела пищевода под диафрагмой, многими хирургами, полагавшими, что причиной ГЭРБ является грыжа пищевода отверстия диафрагмы и слабый нижний пищеводный сфинктер (НПС)[3]. Однако из-за часто возникающей послеоперационной дисфагии и других осложнений, вскоре появилось более 50. Мы предложили концепцию патогенеза ГЭРБ, признающую ключевым его фактором врождённое или приобретённое отсутствие клапана Губарева. Следуя этой концепции, мы

отказались от восстановления нормальной анатомической позиции пищеводно-желудочного перехода и от манжетки Ниссена. Основанием для этого послужили известные факты: 1) грудное положение небольшой части желудка не оказывает вредного воздействия на органы средостения. В этой связи врождённое укорочение пищевода II степени стали рассматривать как вариант анатомической нормы для конкретного больного, а антирефлюксный клапан формировать поверх диафрагмы [2]. Для выполнения нового оперативного приёма мы разработали передний наддиафрагмальный доступ к заднему средостению [1].

Материалы и методы. С 1989 по 2002 год нами он был выявлен у 19 больных ГЭРБ в возрасте от 17 до 50 лет, 11 из которых выполнены операции по представленной ниже методике.

Техника оперативного доступа. Положение больного на спине. Наркоз с искусственной вентиляцией лёгких. Разрез начинают над верхушкой мечевидного отростка грудины и продлевают до места крепления VI ребра к груди и овално переводят в VI межреберье и продлевают по нему до условного пересечения со среднеключичной линией (Рис. 1).



Рисунок 1 – Фотография передней грудной и брюшной стенки больного К. 45 лет, через 11 месяцев после операции.

По ходу кожного разреза послойно рассекают подлежащие ткани до внутренней грудной фасции. Конец VII ребра отделяют от грудины и отводят книзу, рассекают внутригрудную фасцию и квадратную мышцу, в переднее средостение вводят палец и отслаивают переходную складку париетальной плевры от грудной стенки, разрез фасции продлевают до наружного угла раны. В рану вводят малый речный расширитель и разводят на 5-7 см, пересекают VII ребро у места крепления прямой мышцы живота к рёберной дуге. Края раны разводят до 10 см, переходную складку париетальной плевры отслаивают от перикарда к верхушке сердца.

Стрелка указывает на рубец после переднего наддиафрагмального операционного доступа. На передней брюшной стенке рубцы от ранее перенесенных операций.

Фиброзные тяжи, образующие переднюю линию сращения перикарда с диафрагмой деликатно разделяют острым способом в промежутке между грудино-перикардальной связкой и верхушкой сердца. После разделения сращений передней линии сращения между перикардом и диафрагмой находится прослойка рыхлой клетчатки, по которой тупым способом их разделяют. По мере углубления доступа под перикард вводят узкое зеркало с автономным источником света, опирая его на край VI ребра и практически не оказывая давление на сердце. После разделения рыхлых сращений заднюю апертуру канала доступа, открывающую заднее средостение, расширяют влево до листка средостенной плевры.

Техника формирования клапана. Перикардиальный отдел диафрагмы отводят книзу зеркалом шириной 3 см с автономным источником света не его конце. Марлевым тампоном на изогнутом зажиме переднюю стенку грудного желудка погружают на 2,0 см в полость абдоминального желудка чрез кольцо пищевода отверстия диафрагмы. Боковые стенки погружённой части желудка фиксируют к переднебоковым дугам кольца пищевода отверстия диафрагмы швами, удерживающими плоскость складки передней её стенки у задней стенки абдоминального желудка. На этом формирование клапана заканчивается.

Функция клапана. Пищевой комок, пройдя через пищевод в грудной отдел желудка, задерживается

над клапаном и, накопив достаточную массу, отодвигает его книзу и проваливается в желудок (Рис. 2)

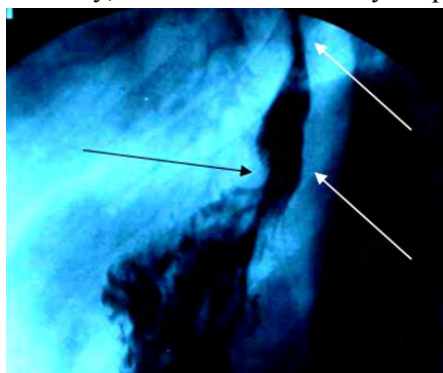


Рисунок 2 – Фотография левосторонней рентгенограммы пищевода и желудка больного П. 17 лет, сделанная в момент обильного питья водной взвеси сернокислого бария. Чёрная стрелка указывает на створку клапана, верхняя белая стрелка - на пищеводно-желудочный переход, нижняя белая – на заднюю стенку грудного желудка.

Между приёмами пищи вершина складки остаётся у задней стенки грудного желудка, как створка клапана (Рис. 3)

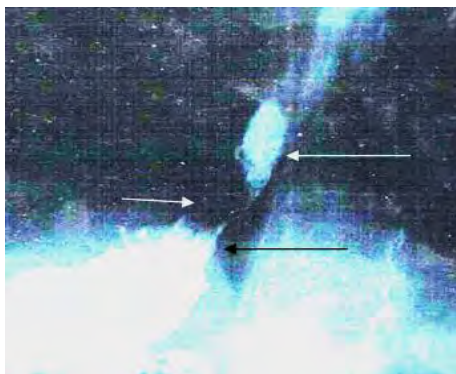


Рисунок 3 – Левосторонней рентгенограммы пищевода и желудка с остатками водной взвеси сернокислого бария (фотография). Стрелка справа указывает на створку клапана обтекаемую контрастной массой, белая стрелка слева указывает на тень столбика водной взвеси сернокислого бария над створкой клапана, чёрная стрелка слева указывает на место пищеводного отверстия диафрагмы.

При резком повышении давления в желудке край складки оттесняется кпереди и кверху и открывает выход содержимому из абдоминального отдела желудка в грудной желудок и, далее в пищевод, происходит отрыжка или рвота.

Результаты и обсуждение. Продолжительность послеоперационного лечения сократилась почти вдвое по сравнению со сроками, определёнными МЭС в 20 койко-дней ($M \pm m = 12 \pm 3,2$). Больные приступали к работе через 10-20 дней после выписки из стационара, вместо положенных 40 дней после операций по Ниссену ($M \pm m = 13,5 \pm 4,6$). Экономический эффект в пересчёте на 100 больных составил 1086510 рублей по расценкам на период 2002 года. В отдаленные сроки, прослеженные от 17 лет, случаев рецидива болезни не было.

Выводы.

- 1) передний оперативный доступ к заднему средостению пригоден для обнажения грудного отдела желудка и выполнения предлагаемого оперативного приёма.
- 2) диспансерное наблюдение за больными с искусственно созданным клапаном, показало, что у них полностью прекращается желудочно-пищеводный рефлюкс, что подтверждает правильность концепции, признавшей отсутствие клапана Губарева основным фактором патогенеза ГЭРБ.

Список использованной литературы

1. Залевский А.А. Способ обнажения заднего средостения передним наддиафрагмальным внеплевральным

доступом, Патент РФ №2167614, 27.05.2001.

2. Залевский А.А. Антирефлюксная операция при коротком пищеводе. Патент РФ №2179411 от 20.02.2002 Бюл. №5.

3. Шептулин А.А., Хромов В.Л., Санкина Е.А. Современное представление о патогенезе, диагностике и лечении рефлюкс-эзофагита //Клин. медицина. – 1995. №6. – С. 11-14.

4. Zalevskiy A.A., Gorbunov N.S., Shehovcova Ju.A., Russkih A.N., Shaboha A.D., Petuhova O.V. Conceptual approach to pathogenesis and surgical treatment of gastroesophageal reflux disease //Medical and Health Science Journal, MHSJ, Volume 11, issue 2. - P.56-60.

© Залевский А.А., 2017

УДК 616.61:616.629-089

Залевский Анатолий Антонович,

доктор медицинских наук, профессор КрасГМУ им. проф В.Ф.Войно-Ясенецкого,

Заслуженный изобретатель РФ. г. Красноярск,

E-Mail: hiatus39@yandex.ru

Бережной Александр Григорьевич,

к.м.н., заведующий отделением урологии

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ПОЧКЕ БЕЗ РАССЕЧЕНИЯ МЫШЦ, НЕРВОВ И СОСУДОВ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

Оперативные доступы к почке, сопряженные с рассечением мышц поясничной области, чреваты повреждением нервов, релаксацией мышцы брюшного пресса, образованием поясничных грыж. В настоящей статье представлено описание оперативного доступа к почке, не обременённого этими осложнениями. При его выполнении кожу и широчайшую мышцу спины рассекают продольно её волокон над серединой XII ребра, а само ребро разрезают циркулярной электрической фрезой по продольной оси от наружного его конца до разгибателя спины. Фрагменты ребра разводят расширителем раны и обнажают собственную клетчатку забрюшинного пространства. Её отводят кпереди вместе с почкой и обнажают заднюю поверхность лоханки и верхнего отдела мочеточника, выполняют запланированный оперативный приём, ложе почки дренируют трубчатым дренажом с боковыми отверстиями. Рану зашивают послойно, начиная со сшивания фрагментов ребра циркулярными швами.

Ключевые слова

Урология, оперативный доступ к почке.

Введение. Оперативное вмешательство открытым методом показано 24-25% больным с мочекаменной болезнью и практически 100% больным с онкологией почки. Недостатками известных открытых оперативных доступов к почке является рассечение межрёберных и подрёберных мышц, повреждение прилежащих нервов, парез и релаксация мышц брюшного пресса, функциональная его несостоятельность. Чаще эти осложнения возникают при повторных операциях у больных с рецидивной формой мочекаменной болезни, когда оперативный доступ выполняется с иссечением старых послеоперационных рубцов [2].

Цель исследования – разработка оперативного доступа к почке с меньшей операционной травмой и осложнениями.

Задачи исследования: 1) найти оперативный доступ к почке, не сопряжённый с поперечным