

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница *медицинский вестник* №16 / 2019

Современные тенденции абдоминальной хирургии



Отделение абдоминальной хирургии

Врачи отделения абдоминальной хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» оказывают как плановую, так и экстренную помощь пациентам с патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Выделяется несколько направлений работы отделения.

Абдоминальная онкология

Первое направление — это абдоминальная онкология, включающая в себя все опухолевые образования желудочно-кишечного тракта и забрюшинного пространства. Две ведущие патологии — это злокачественные новообразования желудка, ободочной и прямой кишки (Об этом мы подробно рассказывали в одном из прошлых номеров «Волынского вестника», посвященном онкологическим заболеваниям).

Бариатрия

Второе направление — бариатрия (хирургия ожирения). Это новое направление, которое очень активно развивается в последнее время, при этом упор делается на применение малоинвазивных методик в ле-

чении пациентов с морбидным ожирением.

Если раньше проводились открытые операции, то сегодня прогресс не стоит на месте и чаще всего проводится именно лапароскопическое вмешательство. Это особенно актуально для пациентов с лишним весом, ведь после лапаротомной операции реабилитационный период пролонгируется на несколько недель и может вызывать различные осложнения, связанные с маломобильным состоянием.

В современном мире проводятся несколько основных видов бариатрических операций. Наиболее часто выполняемая — это sleeve-резекция, она проводится в 90 % случаев. Другой вид оперативного вмешательства — гастрощунтирование. Это вторая по частоте выполнения операция как в мире, так и в ФГБУ «Клиническая больница №1».

Сегодня у врачей Волынской больницы уже есть богатый опыт проведения подобных операций, доктора прошли специализированные стажировки и имеют завидные успехи. Число пациентов растет из года в год, и в дальнейшем хирургия ожирения — одно из приоритетных направлений развития отделения.

Герниология

Третье и самое масштабное направление работы отделения абдоминальной хирургии — герниология (хирургия грыж). Данное направление включает в себя лечение грыж различной локализации — количество пациентов с этой патологией увеличивается из года в год.

Оперативное лечение грыж применяется с конца XIX века, и хирургия грыж претерпела значительные изменения. Особенно интересные новшества появились буквально в последние годы.

Первый ощутимый прогресс, который хочется отметить, связан с производством сетчатых имплантов, без которых немыслима современная герниология. Любая операция, направленная на ликвидацию грыжи, должна заканчиваться установкой сетчатого импланта. Еще 10-15 лет назад качество материалов, из которых изготавливались эти импланты, вызывало ряд вопросов, из-за чего и к новым методикам лечения врачи относились с осторожностью. Сегодня же ряду крупных компаний эту проблему удалось решить,





**Андрей Владимирович
Устименко,**
Заместитель главного врача
по медицинской части.

получив высококачественный инертный полипропилен, что почти полностью устранило вероятность инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

Второй качественный рывок в области лечения грыж был связан с появлением лапароскопических технологий, способствующих ранней активации пациентов после операций. Если после открытых хирургических вмешательств пациенты испытывают определенный дискомфорт, связанный с разрезом, то после выполнения лапароскопической герниопластики пациенты уже через несколько часов могут вставать с кровати, ходить, испытывая минимальный болевой синдром. В настоящий момент в отделении абдоминальной хирургии 99% вмешательств по поводу паховых грыж выполняется именно лапароскопическим доступом.

Еще одним несомненным шагом вперед в области лечения грыж стала IPOM-пластика — это лапароскопическое лечение послеоперационных вентральных

грыж. Если раньше при наличии вентральной грыжи безальтернативным методом являлась герниолапаротомия, то в настоящий момент как альтернативная методика рассматривается IPOM-пластика. Суть ее заключается в том, что с помощью фиксирующих устройств устанавливается специальная сетка изнутри брюшной полости. Кроме того, сетка имеет специальное покрытие, которое препятствует фиксации на ней внутренних органов. Это новая технология, в последнее время она получила активное развитие в связи с появлением специальных «композиционных» сеток и фиксирующих устройств, обеспечивающих правильное положение сетчатого импланта на брюшной стенке. Важно помнить, что такой вид вмешательства имеет свои ограничения и показания к такому виду вмешательства определяет специалист.

Кроме того, следует отметить, что врачи отделения абдоминальной хирургии также проводят лечение пациентов с желчно-каменной болезнью и ее осложнениями, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний селезенки и органов забрюшинного пространства.

«Важная особенность работы любого отделения Волынской больницы — это мультидисциплинарный подход. В лечении каждого пациента участвует целая группа специалистов».

Практически во всех случаях, если речь идет об оперативном лечении, проводятся лапароскопические вмешательства. Также специалистами отделения проводится лечение заболеваний прямой кишки и анального канала. Широко применяются современные и малотравматичные методы лечения геморроя и анальной трещины, наиболее

часто встречаемых патологий прямой кишки. А также успешно выполняются лапароскопические вмешательства при раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки.

Мультидисциплинарный подход

Важная особенность работы любого отделения Волынской больницы — это мультидисциплинарный подход. В лечении каждого пациента участвует целая группа специалистов.

Например, при наличии большой грыжи страдают функции дыхательной, сердечно-сосудистой и венозной системы, поэтому пациенты всесторонне обследуются, специалисты терапевтического профиля проводят тщательный предоперационный осмотр и, если это необходимо, готовят пациента к операции в отделении терапии.

УЗИ и послойная компьютерная томография позволяют наметить план будущей операции. В этом хирургам помогают специалисты лучевой диагностики. При выполнении оперативных пособий применяется многокомпонентное обезболивание, выполняют

специалисты отделения анестезиологии и реанимации. Кроме того, в послеоперационном периоде применяются технологии «FAST TRACK», которые позволяют с помощью различных протоколов значительно ускорить активизацию и восстановление пациентов даже после самых обширных вмешательств. ■

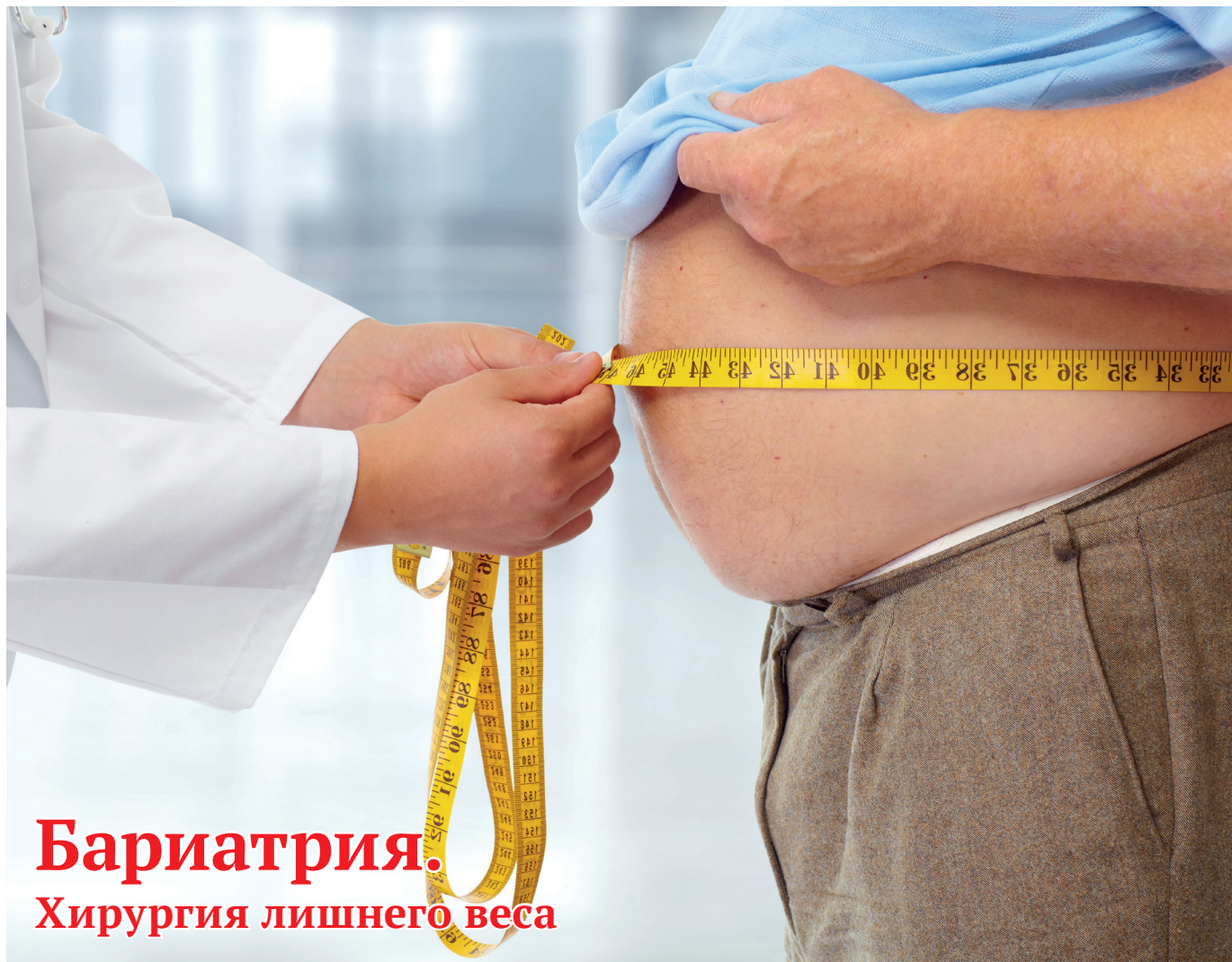


Фото: Shutterstock

Бариатрия. Хирургия лишнего веса

Хирургия ожирения — это одно из особых направлений Волынской больницы, созданное с целью эффективного хирургического лечения проблем ожирения и ряда сопутствующих заболеваний.

В клинике выполняются все виды бариатрических хирургических вмешательств для пациентов, страдающих избыточной массой тела, ожирением, обменными нарушениями, включая сахарный диабет II типа, нервной булимией. А также выполняется широкий спектр пластических операций: по удалению избытков жира и кожи, устранению косметических дефектов, коррекции фигуры.

Широкие возможности крупного медицинского комплекса обеспечивают пациентам любые виды высококвалифицированной специализированной помо-

щи на всем протяжении курса лечения: как до операции, так и в послеоперационном периоде.

Помимо косметического эффекта бариатрические хирургические вмешательства преследуют две цели. Во-первых, избавляя пациента от лишнего веса, врачи борются за его жизнь, ведь ожирение — это одна из причин инсультов и инфарктов, что официально признано всемирной организацией здравоохранения. Люди с 3-й степенью ожирения имеют риск развития инсультов в 35 раз выше обычного человека.

Во-вторых, этот вид лечения является профилактикой сахарного диабета, а в ряде случаев и избавляет от уже имеющегося заболевания. Ожирение приводит к развитию метаболического синдрома, появляются варикозно расширенные вены на ногах, повышается артериальное давление, уровень сахара крови «ползет вверх». Если исключить алиментарный фактор (фактор излишней еды), то этот процесс можно остановить.

Сегодня в мировой практике одним из методов лечения сахарного диабета является именно бариатрическая хирургия. Си-



*Алексей Леонидович Владикин,
заведующий отделением,
врач-хирург, к.м.н.*

стемный прием инсулина (как правило, на протяжении всей жизни), подчас дороже, чем проведение пусть дорогостоящей, но все же разовой операции, и, как следствие, прекращение приема инсулинсодержащих препаратов.

В настоящий момент в России ведется работа по возможности оказания бариатрической хирургической помощи пациентам по программе высокотехнологичной медицинской помощи.

Продольная резекция желудка (sleeve-резекция)

Sleeve-резекция является наиболее распространенным на сегодняшний день методом хирурги-

«Если человек говорит, что он хочет избавиться от лишнего веса, но при этом не желает отказываться от своих пищевых привычек, операция бесполезна».

ческой коррекции морбидного ожирения. После выполнения продольной резекции объем желудка уменьшается пример-

но до 25-30% от исходного. Это достигается хирургическим удалением большей части желудка — дна, тела и большой кривизны. Края остающейся части (передняя и задняя стенки в области малой кривизны) соединяются при помощи сшивающих аппаратов таким образом, что из оставшейся части желудка формируется трубка или рукав («sleeve» — рукав). Оставшийся внутренний объем желудка после процедуры составляет около 30-45 мл.

Помимо формирования желудка с минимальным объемом, еще одним физиологическим механизмом, определяющим эффективность продольной резекции, является удаление зоны, продуцирующей гормон голода — грелин. Уровень грелина в норме перед приемами пищи увеличивается, а после приемов

пищи уменьшается. Уровень грелина у пациентов с морбидным ожирением достоверно выше, чем у людей без ожирения. Считается, что грелин взаимно дополняет гормон лептин, производимый в жировой ткани, который вызывает насыщение, когда присутствует в более высоких концентрациях. При вы-

полнения продольной резекции желудка уровень грелина у пациентов уменьшается, вызывая насыщение прежде, чем это

обычно происходило бы у здоровых людей.

Продольная резекция желудка выполняется пациентам с морбидным ожирением при индексе массы тела 40 и более. Несомненными достоинствами продольной резекции желудка являются минимальные риски послеоперационных осложнений (до 1 — 3%) и минимальные нарушения физиологии пищеварительного тракта.

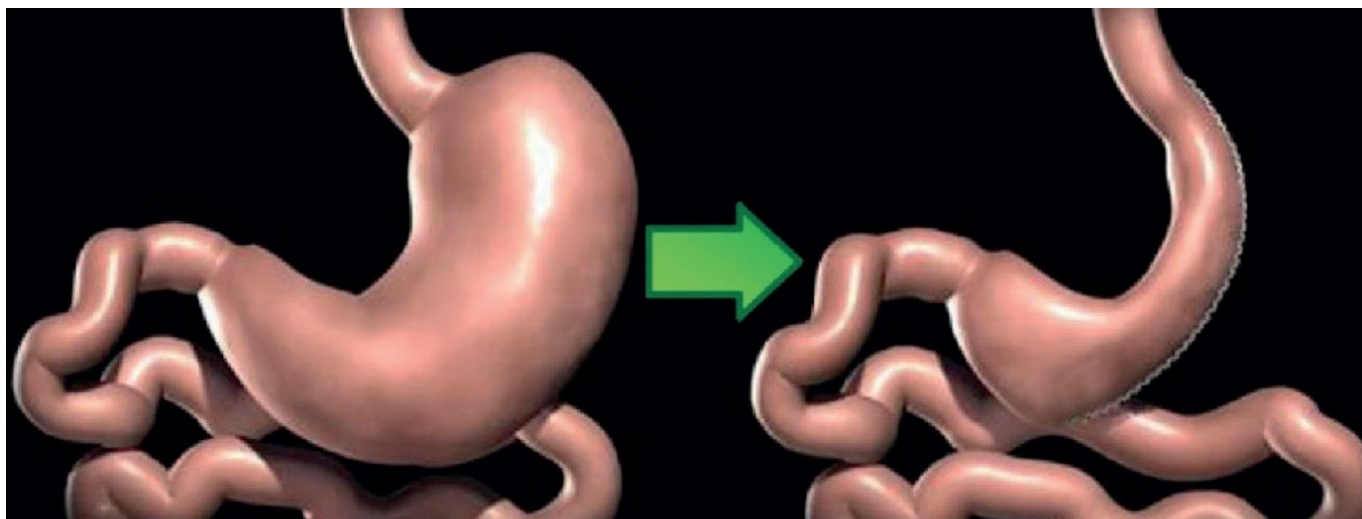
Снижение массы тела после продольной резекции желудка достигает 60% в течение первых двух лет, что позволяет пациентам, с одной стороны, нивелировать проявления метаболического синдрома и, с другой стороны, почувствовать всю полноту социальной адаптации и возможностей полноценной активной жизни.

«Сегодня в мировой практике одним из методов лечения сахарного диабета является именно бариатрическая хирургия».

При этом после проведения sleeve-резекции человек может вновь растянуть желудок и вернуть лишний вес. Поэтому у врачей уже сформировалось четкое понимание, кого надо оперировать, а кого оперировать таким конкретным образом нельзя.

Если человек говорит, что он хочет избавиться от лишнего веса, но при этом не желает отказываться от своих пищевых привычек, операция бесполезна. Sleeve-резекция показана тем, кто четко настроен на результат.

После операции объем желудка сокращается до минимальных размеров. И человек привыкает к малым порциям, и при этом ест привычную пищу, теряя вес без острого чувства голода.



Продольная резекция желудка (sleeve — резекция) ▲

Из личного опыта:

В качестве яркого примера того, как бариатрические операции спасают жизни, можно привести одного нашего пациента. Молодой человек 19 лет, ростом более 190 см и весом 170 кг. Он работал на буровой установке, и из-за тяжелой физической работы и лишнего веса у него уже начали разрушаться коленные суставы. Артериальное давление доходило до 170/90 мм рт столба, глюкоза крови поднималась до 17, появились варикозно расширенные вены на ногах и, по сути, в 30 лет ему грозила инвалидизация. Ему провели лапароскопическую продольную резекцию желудка (sleeve-резекция), и за первые два месяца после операции он похудел на 40 кг. Первое, что он заметил — это нормализация сна (прекратился синдром обструктивного апноэ во сне, когда человек с повышенным весом храпит во сне и у него происходят временные остановки дыхания), а это, к слову, одна из причин развития острой сердечной недостаточности во сне. Ушел храп, нормализовался сон, давление, перестали разрушаться и болеть коленные суставы, глюкоза крови нормализовалась. Его юный возраст позволил сделать эти процессы обратимыми, и в итоге пациент пришел в возрастную норму.

Гастрошунтирование ▼



Гастрошунтирование

При диабете или неконтролируемом обжорстве показана шунтирующая операция, заключающаяся в формировании резервуара в верхней части желудка, способного вместить лишь малый объем пищи. Далее создается обходной путь, по которому оставшаяся пища минует большую часть желудка и часть тонкой кишки. Усвоение происходит только на небольшом конечном отрезке тонкой кишки.

Даже если пациент продолжает много есть, пища не будет усваиваться и вес не будет расти. Но, по сути, это калечащая операция, требующая обязательного пожизненного приема витаминно-минеральных комплексов и жесткий контроль биохимических параметров крови, а также пожизненное наблюдение гастроэнтерологов.

Так врачи помогают пациенту победить лишний вес и спасают от будущего инсульта и разрушающего действия сахарного диабета, от слепоты, от нарушения функций почек, сосудистых заболеваний, энцефалопатии. Операция помогает жить дальше, при этом сократив или полностью отказавшись от принятия инсулина.

Внутрижелудочный баллон

Когда пациент заходит в фазу сверхвысокого веса (более 200 кг), делать единовременную операцию опасно для жизни. Во-первых, существует риск проведения наркоза (общие противопоказания к любой операции), а также имеет место жировой гепатоз печени — хроническое заболевание, при котором развивается «ожирение» печени, и она увеличивается в объеме.

В таких случаях пациенту устанавливается баллон, который занимает значительную часть желудка и позволяет скинуть 15% веса. Вследствие этого уменьшается жировая дистрофия печени, делая возможным проведение второго этапа операции, для которой большое значение имеет именно размер печени, так как вмешательство проводится под ее левой долей.

Первый этап лечения длится не более полугода и проходит под пристальным контролем гастроэнтеролога. Баллон ставится только для предоперационной подготовки, и не используется как самостоятельный способ похудеть. Сразу после извлечения баллона начинается молниеносный набор веса, так как объем желудка остается прежним. Постоянно нахождение в желудке инородного тела весом 1,5 кг создает определенные неудобства (тошнота, тяжесть в желудке), но позволяет подготовить организм к полноценной бариатрической операции.

Желудочный баллон не используется в режиме монолечения ожирения!

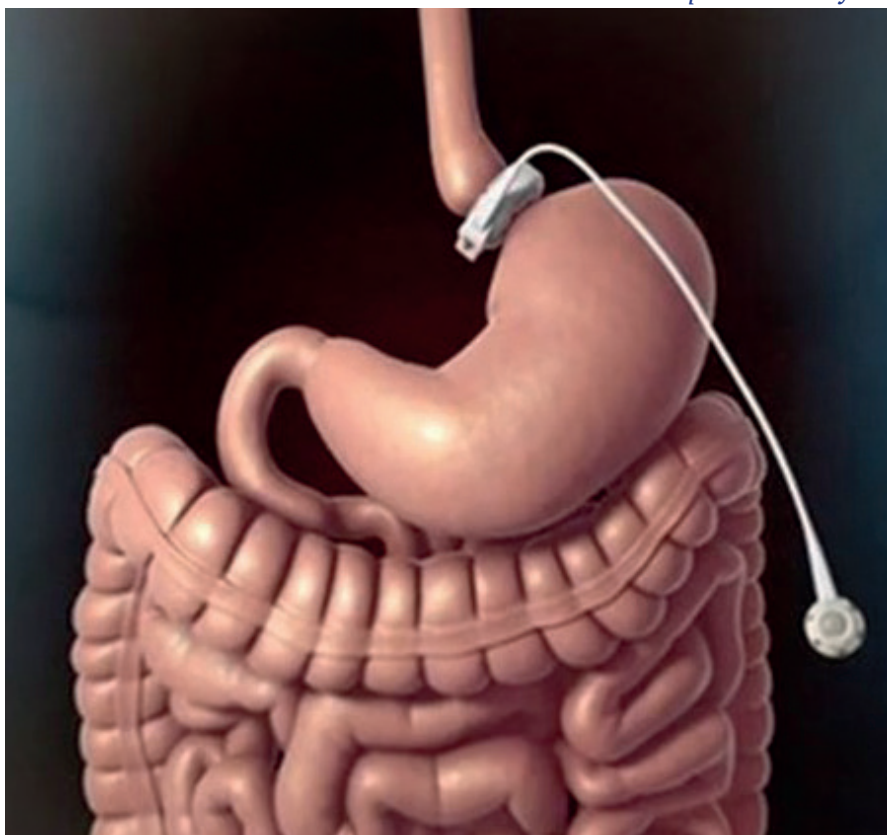
Бандажирование желудка

Бандажирование — это еще один вид бариатрической операции, который по ряду причин



▲ Внутрижелудочный баллон

▼ Бандажирование желудка



постепенно уходит в прошлое. Безусловно, это достаточно быстрый способ похудеть, но это лишь временная мера — наложенный на желудок бандаж все равно придется убирать не позже, чем через пять лет, после чего вновь бороться с голодом и прежними пищевыми привычками при вернувшем-

Мировые тенденции

К сожалению, на сегодняшний день в России проводится лишь 7-8 тысяч бариатрических операций в год, в то время как в Испании, которая значительно уступает по площади и населению — более 40 тысяч в год.

«Ожирение имеет разную природу, но одна вещь доказана точно: устранение алиментарного фактора, то есть уменьшение размеров желудка, приводит к значительному снижению лишнего веса и сокращению всех его последствий».

ся объеме желудка. В отличие от внедрения внутрижелудочного баллона, бандажирование не используется как первый этап комплекса операций из-за опасности возникновения атрофии стенки желудка.

В мировом тренде — развитие лапароскопических sleeve-резекций (70% всех бариатрических операций). Это единственное вмешательство, не требующее дальнейшего применения витаминно-ми-

нерального комплекса и наблюдения у гастроэнтерологов. На втором месте по популярности находится гастрощунтирование, но лишь с жесткими показаниями в виде диабета или метаболического синдрома, а также готовностью к пожизненной работе над собой совместно с хирургом и гастроэнтерологом.

Ожирение имеет разную природу, но одна вещь доказана точно: устранение алиментарного фактора, то есть уменьшение размеров желудка, приводит к значительному снижению лишнего веса и сокращению всех его последствий. Другими словами, лишний вес — это всегда лишняя еда. При этом лишь 13% людей с лишним весом способны самостоятельно удержать свой вес. Остальные 87% без помощи врачей возвращаются к прежним пищевым привычкам. ■



Хирургия грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и часто сопутствующий им рефлюкс-эзофагит являются, пожалуй, самыми распространенными на сегодняшний день заболеваниями органов пищеварения. Выявленные при целенаправленном обследовании или являясь случайной диагностической находкой, ГПОД имеют место не менее чем у каждого десятого пациента в молодом и зрелом возрасте и практически у каждого второго пожилого пациента.

Распространенность гастроэзофагеального рефлюкса (чаще используется термин «гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ») в общероссийской популяции по официальным данным составляет в настоящее время 13%, а в крупных федеральных центрах, например в городе Москве, достигает 23 — 25% от всего взрослого населения. Учитывая растущее количество обращений к врачу, колоссальный объем лекарственных препаратов, принимаемых по поводу ГПОД и ГЭРБ, а также серьезность возможных последствий этих заболеваний, многие исследователи называют диафрагмальные грыжи и гастро-эзофагеальный рефлюкс «эпидемией цивилизованного общества XXI века».

— Что обозначается терминами «грыжа пищеводного отверстия диафрагмы» и «гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь»? Что лежит в основе этих заболеваний?

— Для правильного понимания механизмов развития и способов лечения ГПОД и ГЭРБ необходимо небольшой экскурс в нормальную анатомию и фи-

зиологию. В диафрагме — преимущественно мышечной перегородке, разделяющей грудную и брюшную полости — имеется несколько крупных отверстий, через одно из которых проходит пищевод, плотно фиксированный диафрагмальными ножками и соединительнотканными тяжами. Уже в брюшной полости, непосредственно за пищеводным отверстием, пищевод соединяется с желудком, образуя кардию. Кардия по своей функциональной сути является односторонним клапаном (сродни чернильнице-непроливальке), обеспечивает движе-

«Клинические проявления ГПОД — боли, свидетельствуют уже о значительной дилатации пищеводного отверстия диафрагмы, перемещении через него в грудную полость значительной части желудка (а иногда и других органов брюшной полости) и развитии эпизодов ущемления».

ние пищевых масс и жидкости «сверху вниз» и препятствует обратному забросу (рефлюксу) желудочного содержимого в пищевод. Анатомической основой клапанной функции кардии служит острый угол Гиса, об-



*Максим Александрович Евсеев,
Научный руководитель
по хирургии, д.м.н., профессор.*

разованный левой стенкой пищевода и дном желудка и формирующий в просвете желудка собственно створку клапана.

При нарушении нормальной структуры и функционирования кардиального клапана, желудочный сок, содержащий соляную кислоту, расщепляющий белки пепсин и потому являющийся крайне агрессивной субстанцией, попадает на слизистую пищевода и вызывает ее химический ожог. Следствиями химического ожога слизистой пищевода в свою очередь являются воспаление — эзофа-

гит, образование эрозий и язв (в том числе и осложненных кровотечением), трансформация эпителиальной выстилки пищевода с развитием неопластического (опухолевого) процесса.

При хроническом переедании, употреблении газированных напитков, при наличии избыточной массы тела, чрезмерных физических нагрузках за счет повышения внутрижелудочного и внутрибрюшного давления, а также при возрастном снижении эластичности соединительной ткани происходит постепенное растяжение пищеводного отверстия диафрагмы, тканей,

фрагмы — ГПОД. Как и для грыж другой локализации при ГПОД возможно развитие такого грозного осложнения, как ущемление находящихся в грыжевом мешке органов — желудка, ободочной кишки, тонкой кишки.

Формирование ГПОД, как правило, сопровождается нарушением функции кардиального клапана и, как указывалось

рубцовые стриктуры (сужения) пищевода с нарушением его проходимости и развитие так называемого «пищевода Баретта» — трансформация пищеводного эпителия с последующим его опухолевым перерождением.

– Какими симптомами сопровождаются грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит?

– Следует заметить, что собственно ГПОД при небольших своих размерах протекает бессимптомно. Как правило, первой жалобой пациентов с ГПОД и основной жалобой пациентов с ГЭРБ является изжога. Вначале изжога появляется только после еды, усиливается в горизонтальном положении и при физических усилиях. С течением времени периоды ощущения изжоги увеличиваются, она становится практически постоянной, нарастающей по своей интенсивности до нестерпимой. Прием препаратов, снижающих желудочную секрецию (омепразол) или антацидов (альмагель и др.), вначале купирующих неприятные ощущения, со временем становится малоэффективным.

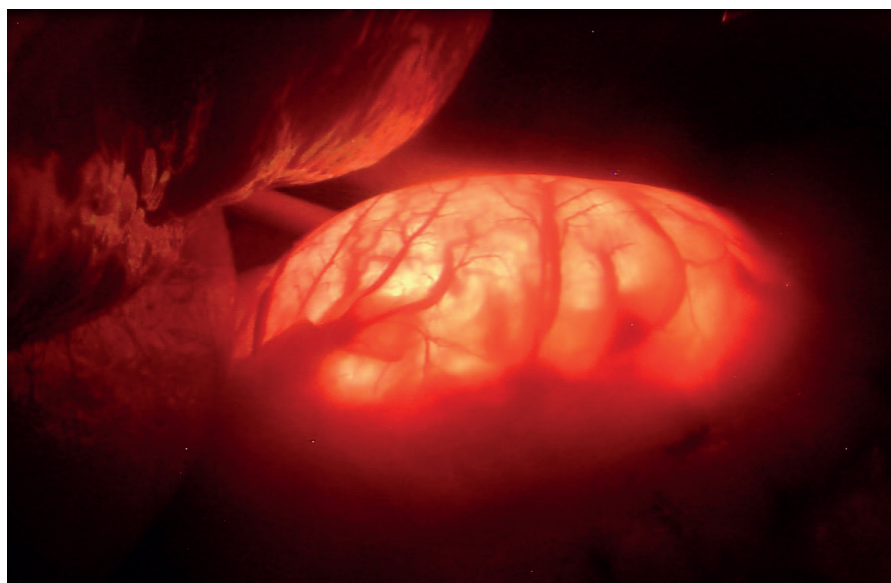
Клинические проявления ГПОД — боли, свидетельствуют в свою очередь уже о значительной дилатации пищеводного отверстия диафрагмы, перемещении через него в грудную полость значительной части желудка (а иногда и других органов брюшной полости) и развитии эпизодов ущемления. Возникают боли, как правило, после еды, приема газированных напитков, физической нагрузки. Боли могут иметь различный характер, отдавать в грудину, в область сердца, лопатку, шею, нижнюю челюсть, иногда напоминая ощущения при стенокардии. При больших размерах ГПОД могут возникать жалобы, связанные с компрессией органов грудной клетки. Так, в разное время на лечении в ФГБУ

«Появление симптомов ГПОД (боли, изжога) свидетельствует, как правило, о значительных ее размерах и ставит вопрос (как и у грыж другой локализации) о необходимости хирургического лечения».

фиксирующих в нем пищевод, расширение самой кардии. Через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы брюшная часть пищевода и часть желудка перемещаются в грудную полость. При этом происходит распрямление угла Гиса с закономерной утратой клапанной функции кардии. Иногда, при выраженном расширении, через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость могут смещаться и другие органы, расположенные в полости живота. Так формируется грыжа пищеводного отверстия диа-

выше, развитием желудочно-пищеводного рефлюкса. Длительно существующий заброс содержимого желудка в пищевод принято обозначать термином «гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь, ГЭРБ».

Справедливости ради следует заметить, что у части пациентов с ГЭРБ грыжи пищеводного отверстия диафрагмы может не быть, ГПОД и ГЭРБ — заболевания часто сочетающиеся, но не синонимичные. Закономерным следствием длительно существующего ГЭРБ являются



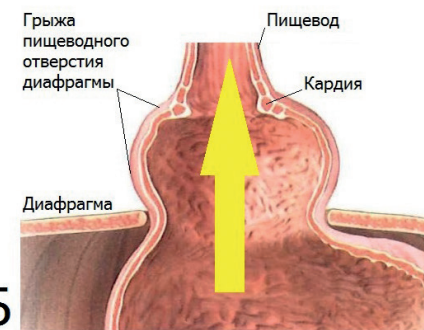
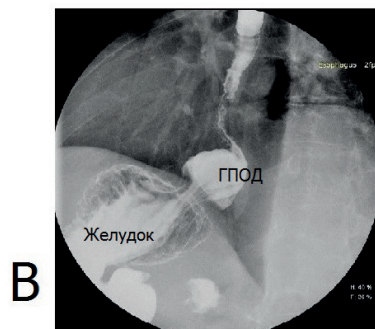
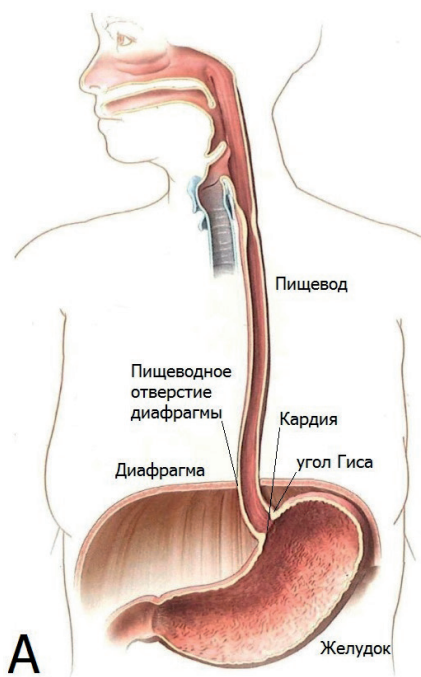
«Клиническая больница № 1» находились несколько пациентов с ГЭРБ, у которых после принятия пищи развивалась выраженная одышка вследствие сдавления легкого переполненным желудком.

– Какие методы диагностики применяются при подозрении на ГПОД и ГЭРБ?

– Основными методами диагностики этих заболеваний являются эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и рентгеноскопия пищевода с пероральным контрастированием. Последний метод позволяет верифицировать факт наличия ГПОД, ее размеры, находящиеся в грыжевом мешке органы. Выполнение ЭГДС при подозрении на ГПОД и ГЭРБ является обязательным. Строго говоря, эзофагогастродуоденоскопия не призвана оценить особенности ГПОД, основная ее задача — диагностика состояния слизистой оболочки пищевода. ЭГДС позволяет не только подтвердить наличие рефлюкса, но и оценить степень повреждений слизистой оболочки пищевода и контролировать их заживление в ходе лечения. При подозрении на наличие пищевода Баретта проводится так называемая хромокопия с обработкой слизистой растворами красителей, выполняется биопсия слизистой для определения факта опухолевого роста.

– Какие методы лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни существуют?

– В случае ГПОД небольших размеров, протекающей бессимптомно и не сопровождающейся развитием ГЭРБ, необходимость лечения отсутствует. Врачи рекомендуют лишь пересмотреть свое отношение к диете — исключить переизбыток, употребление газообразующих жидкостей. Появление симптомов



ГПОД (боли, изжога) свидетельствует, как правило, о значительных ее размерах и ставит вопрос (как и у грыж другой локализации) о необходимости хирургического лечения.

У пациентов с ГЭРБ лечение начинают с консервативных мероприятий: нормализации массы тела, соблюдения режима

оперативного вмешательства. Противопоказаниями к хирургическому лечению ГПОД и являются серьезные сопутствующие заболевания, способные вызвать опасные для жизни осложнения в послеоперационном периоде. При определении показаний и противопоказаний к хирургическому лечению врачи исходят из постулата о том,

«У пациентов с ГЭРБ лечение начинают с консервативных мероприятий: нормализации массы тела, соблюдения режима питания, диетотерапии, отказа от курения».

питания, диетотерапии, отказа от курения. Лекарственная терапия назначается врачом-гастроэнтерологом, занимает в среднем от 5 до 8 недель и проводится с применением таких препаратов как антациды, ингибиторы протонной помпы, прокинетики.

В случаях, если консервативная терапия ГЭРБ не оказывает стойкого эффекта, при развитии осложнений рефлюкс-эзофагита и его сочетании с ГПОД возникают показания к проведению

что риск выполнения оперативного вмешательства не должен превышать риск основного заболевания.

– В чем заключается суть хирургической операции?

– Операции по поводу ГПОД и ГЭРБ могут проводиться открытым методом (посредством проведения большого разреза) или лапароскопическим (малотравматичным) методом, который проводится через несколько малых разрезов на передней

брюшной стенке. У применяемого в Волынской больнице лапароскопического метода есть несколько очевидных преимуществ

манжеты, циркулярно охватывающей брюшной отдел пищевода и область кардии. При этом дополнительно накладываются

«Основной особенностью послеоперационного периода является необходимость строго соблюдения диеты и режима питания».

по сравнению с открытым методом: эстетичность (очень маленькие рубцы после операции), меньший риск инфекционных осложнений, минимально выраженный дискомфорт в области ран, меньшее время госпитализации и более быстрый процесс реабилитации после операции.

Сама операция включает в себя низведение в брюшную полость до нормального уровня органов, находящихся в диафрагмальной грыже (желудок, брюшной отдел пищевода), выделение из рубцов и сращений стенки пищевода и желудка, иссечение грыжевого мешка, реконструкцию кардиального клапана, восстановление нормальных размеров пищеводного отверстия диафрагмы. При реконструкции кардиального клапана мы используем методику, в наибольшей степени воссоздающую нормальные анатомические взаимоотношения и гарантирующую предотвращение рефлюкса желудочного содержимого в пищевод, — так называемую фундопликацию (*fundus* — дно желудка, *plicatio* — складывание) по методу Touret-Nissen. Во время операции после бескровного выделения из рубцовых сращений и тканей грыжевого мешка стенки желудка, пищевода и мышц, образующих пищеводное отверстие диафрагмы, желудок и абдоминальный отдел пищевода низводятся в брюшную полость. Из передней и задней стенок дна желудка производится формирование

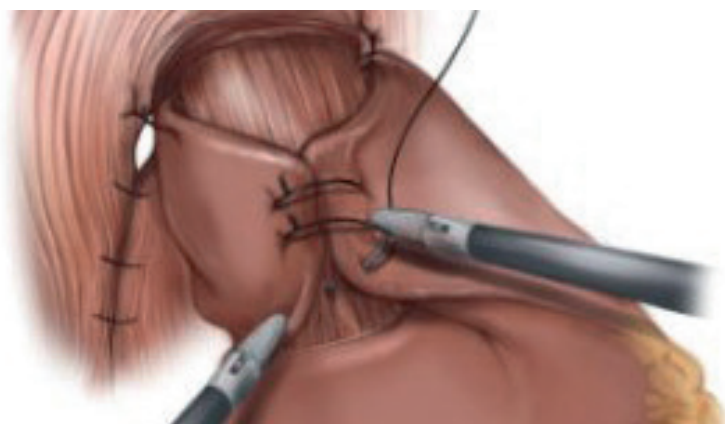
швы, максимально высоко фиксирующие стенку желудка к пищеводу и воссоздающие острый угол Гиса. Таким образом создается антирефлюксная клапанная структура, выполняющая функцию нормальной кардии. В завершение операции наложением ряда швов проводится восстановление нормального диаметра пищеводного отверстия диафрагмы.

Данный метод операции в настоящее время является наиболее часто используемым в российских и зарубежных клиниках, специализирующихся на лечении пациентов с ГПОД и ГЭРБ. В ходе операции мы используем прецизионную технику разделения тканей ультразвуковым диссектором, перманентный контроль гемостаза биполярным электрокоагулятором и формируем швы, используя только высококачественные биологически инертные хирургические нити с минимальной тканевой реакцией и максимальной надежностью узла.

– Какова послеоперационная реабилитация после лапароскопической фундопликации?

– Основной особенностью послеоперационного периода является необходимость строго соблюдения диеты и режима питания. Подробно о характере диеты пациенту рассказывает лечащий врач, но основные ее принципы сводятся к следующему: частый дробный прием жидкой и полужидкой пищи небольшими порциями в первые 3–5 дней; ограничение приема жирной, острой, жареной пищи, газообразующих напитков; вертикальное положение тела во время и после приема еды. Выписка из больницы в большинстве случаев возможна по прошествии двух — трех дней после операции.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что ГЭРБ и ГПОД являются серьезными заболеваниями, не поддающимися самостоятельному излечению, потенциально угрожающими развитием ряда серьезных осложнений и требующими у значительной доли пациентов проведения хирургического лечения. В то же время операция в объеме лапароскопической фундопликации является легко переносимой пациентами процедурой, гарантирует излечение пациентов с полным устранением симптомов и предотвращает развитие осложнений ГЭРБ и ГПОД.■





Хирургия грыж брюшной стенки

Врачи отделения абдоминальной хирургии ФГБУ «Клиническая больница № 1» выполняют операции любой сложности по удалению грыж любой локализации: пупочные, паховые, бедренные грыжи, грыжи белой линии живота, спигелевые грыжи, послеоперационные вентральные грыжи, диастаз прямых мышц живота, боковые грыжи, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, парастомальные и внутренние грыжи.

Грыжа — это выпячивание органов или тканей через отверстие в мышечно-фасциальных структурах (наиболее часто — в брюшной стенке). Консервативному лечению это заболевание не подлежит, пациенту показано срочное оперативное лечение во избежание осложнений: ущемления органов или тканей, которые попадают в грыжевой мешок, с дальнейшим развитием некроза данных органов или тканей.

Грыжи делятся по ряду признаков:

— по локализации: наружные и внутренние;

— по месту выхода: паховые (косые, прямые, внутриканальные, мошоночные), бедренные, пупочные, белой линии живота, послеоперационные вентральные грыжи, диафрагмальные, парастомальные грыжи;

— по клиническим признакам: неосложненные (вправимые) и осложненные (ущемленные, невправимые);

— по происхождению: приобретенные и врожденные.

Часто встречающаяся врожден-

ная грыжа — это грыжа в пупочной области, которая возникает, когда у ребенка не зарастает пупочное кольцо. Паховую грыжу, которая также встречается у детей, вызывает ослабленное наружное паховое кольцо.

Приобретенные грыжи в свою очередь возникают в тех местах, где ослаблены ткани передней брюшной стенки. При физических нагрузках возникает небольшой дефект в той области, где ткани наиболее слабые, после чего начинает расти грыжевое выпячивание.

К причинам возникновения этого заболевания можно отнести тяжелый физический труд, неправильное питание, курение,

не беспокоит, они сами пытаются справиться с дискомфортом, принимая горизонтальное положение и вправляя грыжевое

фасциальный дефект в данной области, предположить его размеры. Точную оценку патологии дает УЗИ.

«Когда острая боль пациентов не беспокоит, они сами пытаются справиться с дискомфортом, принимая горизонтальное положение и вправляя грыжевое выпячивание самостоятельно, но тем самым лишь отсрочивают визит к врачу».

ожирение и избыточную массу тела, врожденные или приобретенные дефекты брюшной стенки, затрудненное мочеиспускание и постоянные запоры, резкую потерю веса, асцит (скопление жидкости в брюшной полости), травмы передней брюшной стенки, операции на органах брюшной полости, заболевания легких с длительным и сильным кашлем, беременность, тяжелые роды.

выпячивание самостоятельно, но тем самым лишь отсрочивают визит к врачу.

Пациентам с ожирением, большим грыжевым выпячиванием и при рецидиве рекомендуется пройти компьютерную или магнитно-резонансную томографию.

Признаки ущемленной грыжи: сильная внезапная боль в области грыжевого выпячивания, тошнота, рвота съеденной пищей и примесью желчи, отсутствие стула и отхождения газов (признаки кишечной непроходимости).

Болевой синдром чаще встречается при послеоперационной грыже и грыже белой линии живота, усиливается после еды, при физической нагрузке, сопровождается тошнотой и рвотой.

Ущемление возникает от поднятия тяжести или от неправильного движения, что позволяет части тонкой кишки или сальника выйти в грыжевой мешок

Симптомы и диагностика

Основной признак несложной грыжи — это появление пальпируемого выпячивания на передней стенке живота. Это может быть единственным симптомом патологии, или же возможно появление сопутствующего признака: боли в области выпячивания.

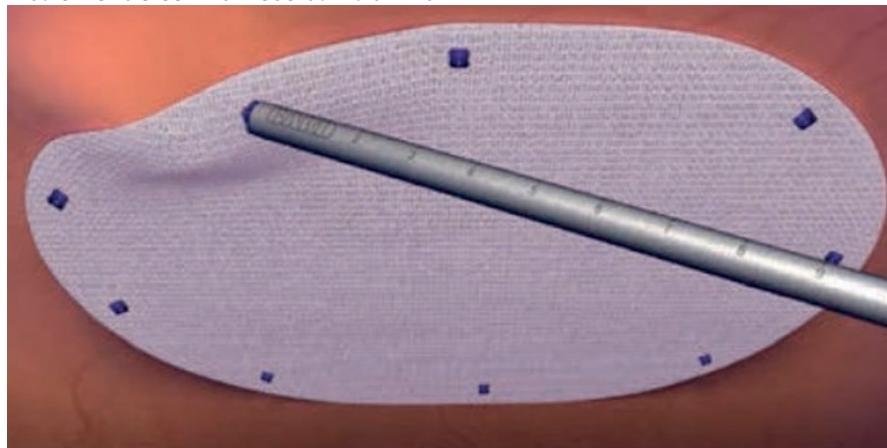
Когда острая боль пациентов

«Отдельно выделяются еще две наиболее часто используемые методики: лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP) и лапароскопическая интраперитонеальная герниопластика по типу (IPOM)».

Грыжа передней брюшной стенки выявляется при первичном осмотре. При пальпации врач может определить

и застрять в грыжевом кольце. В этом случае происходит спазм, грыжевое кольцо ущемляется и обратно выпячивание уже не вправляется. В последующем это может привести к некрозу на данном участке, развитию перитонита и даже привести к летальному исходу.

Наложение сетчатого импланта ▼



Ущемление грыжи — повод для немедленного хирургического лечения. При первых признаках дискомфорта необходимо обращаться к врачу. При сильной боли нужно вызывать скорую медицинскую помощь и ехать в стационар, чтобы уже хирург оценил ситуацию и принял конкретное решение.



Сергей Павлович Тимошкин,
врач-хирург, к.м.н.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение грыжи заключается в ушивании дефекта. Через небольшой разрез обеспечивается доступ к органам, выполняется тщательный осмотр тканей на предмет наличия участков некроза. Некротизированные ткани удаляются, органы перемещаются в нужное положение, дефект ушивается.

Ушивание органов может выполняться двумя способами. Натяжная методика заключается в стягивании собственных тканей, в результате чего происходит смещение слоев, что может стать причиной выраженных болей после операции и длительного периода реабилитации. Именно по этой причине натяжная методика применяется только в тех случаях, когда грыжа имеет небольшие размеры.

Ненатяжная техника отличается тем, что дефект устраняется за счет наложения сетчатого импланта. Выделяются рассасывающиеся имплантаты и не рассасывающиеся. И первые, и вторые одинаково эффективны, так как за время полного рассасывания успевает сформироваться полноценная ткань из соединительных волокон.

Особое внимание уделяется выбору имплантатов: они представлены в широком ассортименте, имеют разную форму, размеры и материалы изготовления. Популярны сегодня трехмерные имплантаты исключают формирование вторичных грыж. Для устранения крупных дефектов идеально подходят имплантаты из синтетических материалов — они не рассасываются полностью, но при этом обладают биосовместимостью и исключают отторжение. За счет сетчатой формы они прорастают волокнами соединительной ткани, что гарантирует максимальную защиту дефекта.

трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP) и лапароскопическая интраперитонеальная герниопластика по типу (IPOM).

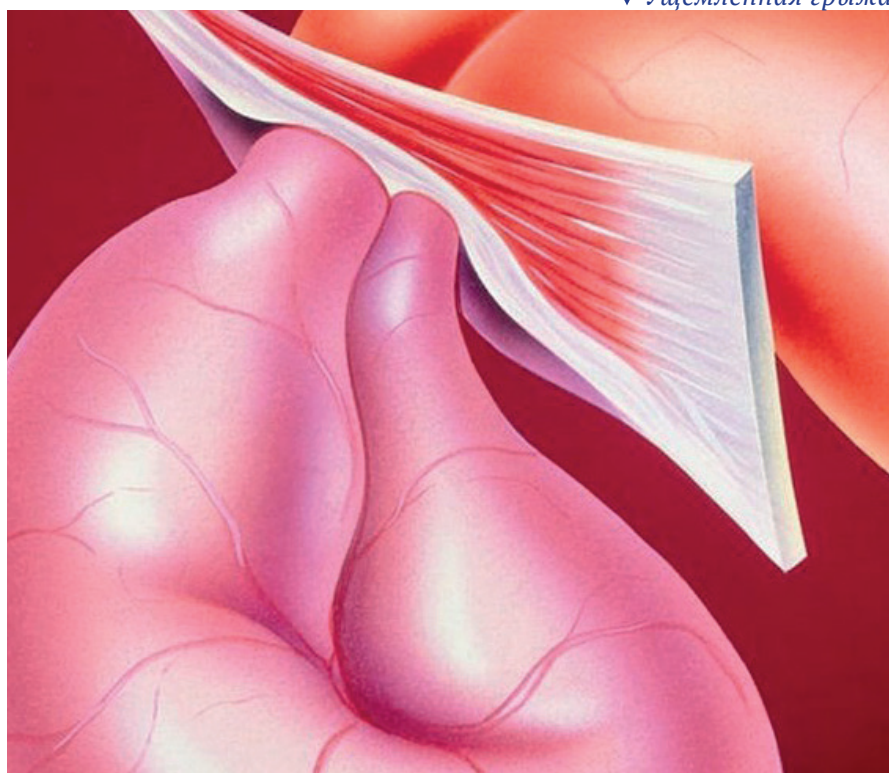
Такие операции, выполненные эндоскопическим доступом, подразумевают обеспечение доступа через три небольших прокола. Методика особенно сложная и требующая участия опытных специалистов, а также применения новейшего оборудования. После такого вмешательства отсутствуют выраженные боли, и в кратчайшие сроки пациент выписывается из стационара на амбулаторное наблюдение. Показано такое

«Ущемление грыжи — повод для немедленного хирургического лечения. При первых признаках дискомфорта необходимо обращаться к врачу».

Отдельно выделяются еще две наиболее часто используемые методики: лапароскопическая

лечение пациентам с двухсторонними грыжами и в случаях рецидивов.■

▼ Ущемленная грыжа



Тема следующего номера:

Терапевтическое лечение

В ФГБУ «Клиническая больница №1» накоплен большой опыт лечения различных патологических состояний:

- Все варианты гипертонической болезни, симптоматическая гипертензия.
- Ишемическая болезнь сердца, стенокардия.
- Инфаркт миокарда и постинфарктное лечение.
- Подготовка и ведение пациентов для проведения коронарографии и стентирования.
- Атеросклероз коронарных сосудов.
- Дистрофические и воспалительные заболевания: миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда.
- Нарушения сердечного ритма и проводимости (с консультацией при необходимости хирурга-артиколога).
- Нейроциркуляторная дистония.
- Перикардиты (с консультацией кардиохирурга о необходимости хирургического лечения).
- Хроническая недостаточность кровообращения.
- Диагностика и лечение различных видов анемий (анемии, аутоиммунной тромбоцитопении, гипо- и апластической анемии, лимфопролиферативных заболеваниях).
- Ревматические заболевания.
- Заболевания легких и плевры (хронические бронхиты, бронхиальная астма, пневмонии).
- Аллергические заболевания (аллергические дерматиты, бронхиальная астма).
- Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение).
- Заболевания щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз, эндокринная офтальмопатия, узловой зоб, тиреоидиты).
- Заболевания желудочно-кишечного тракта.
- Заболевания печени (хронический гепатит, цирроз, аутоиммунный и лекарственный гепатит).
- Системные заболевания соединительной ткани и васкулиты (системная красная волчанка, ревматоидный артрит).
- Синдром сонного апноэ, хронической усталости.



«Волынская больница: медицинский вестник». Тираж 900 экз.