

Даже на 17-е сутки в грануляционной ткани контрольных ран еще имеются воспалительные признаки и только краевая эпителизация. В опытных группах в этот же срок наблюдается полная эпителизация раневого дефекта.

Таким образом, выявленные клинические, планиметрические и морфологические данные, по сравнению с контрольной группой, позволяют говорить о перспективности применения изученных в данном экспериментальном исследовании методов, особенно NO-терапии и её сочетания с внутривентральным введением серотонина для профилактики нагноений и лечения асептических ран и рекомендовать их для дальнейшего клинического изучения.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТЕНОЗАХ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

В.С. Мазурин, А.С. Аллаhverдян, А.Г. Титов, М.В. Рудой
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Химические ожоги верхних отделов пищеварительного тракта остаются нередкой причиной хирургических вмешательств. Стенозы желудка возникают примерно у трети (24-42%) таких больных [1-4, 6, 7]. Стриктуры пищевода и глотки формируются в сроки до 12 месяцев после ожога, и восстановление их проходимости выполняется в плановом порядке в условиях узкоспециализированных стационаров [1, 3, 4, 5, 6]. Послеожоговые стенозы желудка, возникающие на фоне рубцово-воспалительного процесса, прогрессируют довольно быстро (1-2 месяца с момента ожога) и часто служат причиной экстренных операций в стационарах общего профиля.

В данной работе анализируются результаты лечения 62 больных, получивших лечение по поводу сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ в 1995-2005 гг. Всего в этот период проведено лечение 197 больным с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Таким образом, сочетанные стриктуры пищевода и желудка встречались в 31,5% случаев.

Сочетанные послеожоговые сужения пищевода и желудка часто встречаются у лиц молодого возраста (средний возраст 42,1 года) и преимущественно у мужчин (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол (абс., %)		Возраст больных (абс., %)						Всего
муж.	жен.	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
56 90,3%	6 9,7%	3 4,8%	17 27,4%	22 35,5	13 21%	6 9,7%	2 3,2%	62

По локализации и протяженности рубцовых поражений желудка мы разделили больных на три группы:

I группа — больные с тотальным и субтотальным поражением желудка;

II группа — больные с поражением пилорического отдела желудка;

III группа — больные с поражением тела желудка без вовлечения привратника.

Таблица 2

Варианты сочетанного поражения пищевода и желудка

Локализация стриктуры желудка	Локализация стриктуры пищевода			Итого
	нижняя треть	средняя треть	верхняя треть	
Тотальное и субтотальное поражение	2 3,2%	-	1 1,6%	3 4,8%
Тело без поражения пилорического отдела	2 3,2%	1 1,6%	-	3 4,8%
Пилорический отдел	20 32,3%	19 30,7%	8 12,9%	56 90,3%
Всего	24 38,7%	20 32,3%	8 12,9%	62 100%

Поражение пилорического отдела желудка наблюдалось у абсолютного большинства больных (56 больных — 90,3%).

Состояние 66,1% больных при обращении в клинику было тяжелым или крайне тяжелым. Это было связано с нарушением проходимости по пищеводу в комбинации с нарушением эвакуации из желудка, что приводило к тяжелым метаболическим изменениям. У больных была отмечена гипо- и диспротеинемия, снижение уровня калия и гемоглобина крови. Им проводилось частичное или полное парентеральное питание. Все больные с сочетанными поражениями пищевода и декомпенсированными стенозами выходного отдела желудка были оперированы по срочным показаниям. Объем хирургического вмешательства на желудке определялся с учетом локализации и протяженности сужения желудка, состояния стенок желудка (наличие воспалительной инфильтрации), а также от степени стеноза пищевода и необходимости его пластического восстановления в дальнейшем.

Поскольку у всех наших больных поражение желудка сочеталось со стриктурами пищевода, то операции, выполняемые на первом этапе, должны позволить решить следующие задачи:

- восстановление пассажа из желудка;
- создание возможности энтерального питания;
- создание условий для последующего восстановления проходимости пищевода путем его бужирования либо пластики.

Характер выполненных операций представлен в табл. 3. У части больных одномоментно с дренирующими вмешательствами выполнялись гастро- или еюногастростомы.

При тотальном и субтотальном поражении желудка выполнялась двойная гастроэнтеростомия по Ру с энтерогастростомой (4 больных), либо еюностомия (2 больных).

При ожоговом сужении тела желудка без стеноза привратника выполнялся гастрогастроанастомоз (2 больных) или гастротомия с продольным рассечением рубцов и поперечным швом желудка (1 больной).

**Распределение больных
в зависимости от характера проведенных операций**

Операции	С гастростомой		Без гастростомы	
	абс.	%	абс.	%
Гастроэнтероанастомоз позадиободочный	9	14.5	11	17.8
Гастроэнтероанастомоз впередиободочный	5	8.1	-	-
Пилоропластика	8	12.9	1	1.6
Гастрогастростомия	2	3.2	-	-
Гастродуоденостомия	8	12.9	1	1.6
Резекция желудка по Б1	-	-	1	1.6
Резекция желудка, концевая гастростома и позадиободочный гастроэнтероанастомоз	3	4.8	-	-
Продольная гастротомия с поперечным швом желудка	1	1.6	-	-
Еюностомия	2	3.2	-	-
Экстирпация пищевода с формированием абдоминальной и шейной эзофагостомы и гастроэнтероанастомоза	1	1.6	-	-
Позадиободочная гастроэнтеростомия по Ру с энтерогастростомой	4	6.5	-	-
Резекция желудка типа Бильрот-II с формированием стебельчатой гастростомы	2	3.2	-	-
Интраоперационное бужирование привратника	3	4.8	-	-

При локализации стриктуры в области привратника и/или антрального отдела желудка выполнялась пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтероанастомоз или резекция желудка. Пилоропластика выполнялась по Микуличу в 8 случаях и лишь в одном – по Финнею. При гастродуоденостомии использовалась методика Jaboulay (8 больных). Анастомоз желудка с тонкой кишкой формировался позадиободочно на длинной брауновской петле или на отключенной по Ру петле с задней стенкой желудка (19 больных). Исключение составили 5 больных, которым данная операция была выполнена в стационарах районных больниц Московской области. В этих случаях анастомоз был сформирован с передней стенкой желудка.

У 10 больных были выполнены операции, разработанные в клинике. Троим была проведена экономная резекция рубцовоизмененного антрального отдела желудка с позадиободочным гастроэнтероанастомозом с задней стенкой желудка и концевой гастро(антрум)стомой. Четверым больным была выполнена двойная гастроэнтеростомия петель по Ру с формированием энтерогастростомы. Двоим больным была выполнена резекция рубцовоизмененного отдела желудка с формированием стебля из большой кривизны и одному больному — гастроэнтеростомия по Брауну с одномоментной экстирпацией пищевода с абдоминальной и шейной эзофагостомией по разработанной в клинике методике.

Послеоперационные осложнения отмечены всего у 2 (3,2%) больных. У одного

больного отмечена послеоперационная пневмония, нагноение послеоперационной раны – у 1 больного. Летальности не было.

В последующем (через 2-12 месяцев) эзофагопластика была выполнена у 33,9% (21) больных. Большинство больных успешно прошли курс бужирования пищевода.

Мы разработали схему лечения больных с послеожоговыми стенозами:

- при тотальном и субтотальном поражении желудка на первом этапе выполняется либо еюностомия, либо двойная гастроэнтеростомия петлей по Ру с выведением ее для питательной стомы;

- при рубцовом поражении тела желудка без поражения привратника выполняется пластика желудка путем продольного рассечения рубцов с поперечным швом или гастрогастроанастомоз;

- при рубцовом поражении пилорического отдела желудка выполняется резекция желудка по Бильрот II, позадибодочный гастроэнтероанастомоз.

Использование предлагаемой схемы упрощает выбор метода лечения данной категории больных. В нем учтена возможность последующего восстановления проходимости пищевода бужированием или эзофагопластикой (желудком, в том числе и рубцовоизмененным), либо толстой кишкой.

У больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка приоритетным является хирургическое вмешательство, направленное на восстановление проходимости желудка. Как стандартную операцию восстановления проходимости желудка при его послеожоговом стенозе предпочтительно выполнять позадибодочную гастроэнтеростомию с задней стенкой желудка по Брауну на длинной петле. Гастростоме необходимо формировать в верхней трети желудка по малой кривизне. В связи с трудностью выбора тактики лечения и сложностью методик операций считаем целесообразным выполнение подобных операций в специализированных стационарах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 2003. – №3.
2. Аллахвердян А.С. Лечение рубцовых стриктур пищевода / Автореф. дис.... докт. мед. наук. – М., 2004.
3. Бакиров А.А. // Хирургия. – 2001. – № 5. – С.19-23.
4. Черноусов А.Ф., Янгиев А., Домрачев С.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1990. – №3. – С.48-52.
5. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Прохода С.А. // Хирургия. – 2001. – №11. – С.66-67.
6. Шраер Т.И., Лишов Е.В. // Анн. хир. – 2003. – №4 – С. 36-40.
7. Stiff G., Alwafi A., Rees B.I., Lari J. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1996 – V.78, №2. – P.119-123.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ

В.С. Мазурин, А.Ю. Вахонин, В.Л. Шабаров, М.И. Прищепо, Д.С. Носков
МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского, 32 ЦВМКГ

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) была предложена в 1980 г. M.W.L. Gauderer и соавт. В последнее время она широко используется при необходимости осуществления искусственного питания, особенно длящегося свыше 3 недель.