

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.329-001.17-089:616.33-089.86

К. В. Павелец, Ю. Н. Савушкин, М. К. Павелец, Д. А. Черных

НОВЫЙ СПОСОБ ГАСТРОСТОМИИ КАК ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова (зав. — проф. Н. Ю. Коханенко), ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Минздрава России»; кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н. И. Глушков), ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России»; СПбГУЗ «Городская Мариинская больница» (главврач — проф. О. В. Емельянов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: рубцовая стриктура пищевода, внутриорганный сосудистая магистраль желудка.

Введение. Изобретение может быть использовано как этап лечения (бужирование за направляющую нить) больных с продленными рубцовыми стриктурами пищевода в результате химического ожога. Новый способ гастростомии имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методиками.

Так, известен способ гастростомии по Witzel путём формирования на передней стенке желудка трубчатого свища с горизонтальным каналом, выстланным серозной оболочкой и грануляционной тканью [1]. Однако при формировании гастростомии по Witzel гастростомический канал располагается в проекции интраорганный сосудистой магистрали передней стенки желудка, что с неизбежностью ведёт к повреждению внутриорганный сосудистой магистрали, результатом чего может явиться непригодность желудка для последующей эзофагопластики. Кроме того, грубая, необратимая деформация передней стенки желудка иногда ведёт к возникновению нарушений его моторно-эвакуаторной функции [3–5].

Наиболее близким к заявленному решению по совокупности существенных признаков является способ гастростомии по Kader путём формирования на передней стенке желудка трубчатого свища с вертикальным каналом, выстланным слизистой оболочкой и грануляционной тканью [1]. Однако наложение значительного количества серозно-мышечных швов, фиксирующих гастростому

к париетальной брюшине и кожному покрову отверстия в брюшной стенке, существенно увеличивает вероятность возникновения грубой и необратимой деформации передней стенки желудка. Это способствует возникновению нарушений моторно-эвакуаторных функций желудка и предпосылки к полной непригодности желудка для целей последующей эзофагопластики [3–5].

Предлагаемый способ гастростомии¹ основан на установленной ранее авторами строго топографоанатомически очерченной внутриорганный сосудистой магистрали между тремя основными сосудистыми коллекторами желудка: правой желудочно-сальниковой артерией, левой желудочной артерией (ЛЖА) и левой желудочно-сальниковой артерией (ЛЖСА) через систему сосудов соответственно первой ветви нисходящего отдела ЛЖА (поперечная ветвь) (ПВНОЛЖА) и второй ветви нисходящего отдела ЛЖА (ВВНОЛЖА). При этом было выявлено, что ПВНОЛЖА через свои ветви: интраорганный восходящую ветвь (ВВПВНОЛЖА) и интраорганный среднюю ветвь (СВПВНОЛЖА) является связующим интраорганным межсосудистым анастомозирующим стволом между системами ЛЖА и ЛЖСА, а интраорганный нижняя ветвь первой ветви нисходящего отдела левой желудочной артерии (ИНВПВНО ЛЖА) вместе с ВВНОЛЖА и её интраорганными ветвями (верхней ИВВВВНОЛЖА и нижней) — между ЛЖА и ПЖСА [2].

¹ Патент № 2417764 РФ. Способ гастростомии / К. В. Павелец, М. К. Павелец, Ю. Н. Савушкин. Заявка № 2009149852 от 30.12.2009 г. Зарегистрировано 10.05.2011 г. Опубл. Б. И. 2011. № 13.

Было установлено также, что данная сосудистая магистраль является стабильной и не подвержена влиянию анатомических различий ветвления сосудов желудка (рисунок).

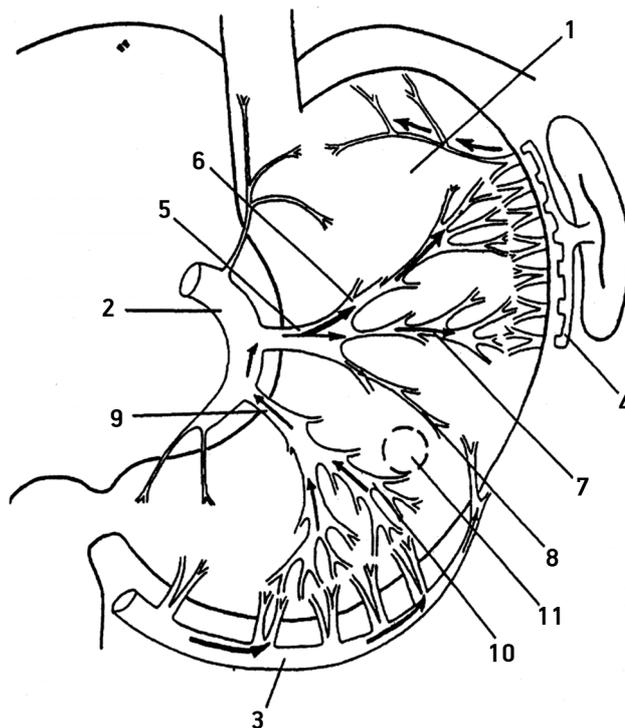
Методика операции. Выполняют верхнюю срединную лапаротомию. Визуально определяют локализацию интраорганных ветвей НОЛЖА на передней стенке желудка (см. рисунок), выявляя в ходе визуализации ИНВПВНОЛЖА (см. рисунок, 8) и ИВВВВНОЛЖА (см. рисунок, 10). Производят ортоградное введение в полость желудка струны направителя. После этого выполняют гастротомию по передней стенке желудка (см. рисунок, 1) между проекциями ИНВПВНОЛЖА и ИВВВВНОЛЖА. В полученное отверстие (см. рисунок, 11) выводят из полости желудка на его переднюю стенку струну-направитель и фиксируют к ней направляющую нить (например из капрона). Проводят струну-направитель с нитью через полость желудка с последующим выведением ее через рот. С помощью направляющей нити выполняют бужирование пищевода. Затем производят послойное наложение кисетного шва на переднюю стенку желудка вокруг отверстия с выведенной направляющей нитью отдельно на слизистую оболочку и на серозно-мышечный слой (с образованием, соответственно, слизистого и серозно-мышечного швов). После этого осуществляют точечный прокол в передней брюшной стенке в левом мезогастррии и выводят через него направляющую нить на переднюю брюшную стенку в левом мезогастррии вместе с нитями кисетного серозно-мышечного шва. Затем фиксируют тремя узловыми серозно-мышечными швами переднюю стенку желудка в зоне гастростомического отверстия к париетальной брюшине передней брюшной стенки в левом мезогастррии. Ушивают кожный дефект нитями серозно-мышечного шва. Выполняют послойное ушивание лапаротомической раны.

Таким образом, заявленная локализация точечной гастростомы на передней стенке желудка (между ИНВПВНОЛЖА и ИВВВВНОЛЖА) обеспечивает сохранность внутриорганных сосудов магистральной при различных вариантах экстраорганных ангиоархитектоники (наличие или отсутствие дуги Галлера).

Указанный способ гастростомии использован нами при лечении 64 больных с химическим ожогом пищевода. Приводим пример.

Больной К., 43 лет, поступил 28.02.2008 г. в 6-е хирургическое отделение СПбГУЗ «Городская Мариинская больница» с диагнозом: химический ожог пищевода жидкостью «Крот» от 25.08.2008 г. Продленная рубцовая стриктура средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Дисфагия III–IV степени.

Больной обследован. Диагноз подтвержден данными фиброгастроуденоскопии (ФГДС) и рентгеновского обследования пищевода. После проведения инфузионной предоперационной подготовки произведена операция по заявляемому способу с бужированием пищевода за направляющую нить. В ходе операции выполнена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии патологии со стороны желудка не выявлено. Произведено ортоградное введение в полость желудка металлической струны-направителя. Сформирована гастростома. При этом, предварительно проведено визуаль-



Изображение желудка с внутриорганный сосудистой магистралью.

- 1 — передняя стенка желудка; 2 — левая желудочная артерия; 3 — правая желудочно-сальниковая артерия; 4 — правая желудочно-сальниковая артерия; 5 — поперечная ветвь нисходящего отдела ЛЖА; 6 — восходящую ветвь поперечная ветвь нисходящего отдела ЛЖА; 7 — средняя ветвь и поперечная ветвь нисходящего отдела ЛЖА; 8 — интраорганный нижняя ветвь первой ветви нисходящего отдела ЛЖА; 9 — вторая ветвь нисходящего отдела ЛЖА; 10 — интраорганный верхняя ветвь второй ветви нисходящего отдела ЛЖА; 11 — локализация гастростомического отверстия на передней стенке желудка.

ное определение локализации и структуры интраорганных ветвей НОЛЖА в проекции на переднюю стенку желудка, в ходе которого выявлены ИНВПВНОЛЖА и ИВВВВНОЛЖА. Выполнена гастротомия по передней стенке желудка между проекциями ИНВПВНОЛЖА и ИВВВВНОЛЖА. Затем из полости желудка на его переднюю стенку выведена металлическая струна-направитель с фиксацией к ней направляющей нити (капрон № 5). После этого струна-направитель с нитью выведена через рот (через полость желудка). Выполнено бужирование (до бужа № 38). Произведено послойное наложение кисетного шва на переднюю стенку желудка вокруг отверстия с выведенной направляющей нитью отдельно на слизистую оболочку и на серозно-мышечный слой. Выполнен точечный прокол в передней брюшной стенке в левом мезогастррии, через который направляющая нить выведена на переднюю брюшную стенку в левом мезогастррии вместе с нитями кисетного серозно-мышечного шва. Произведена фиксация тремя узловыми серозно-мышечными швами передней стенки желудка в зоне гастростомического отверстия к париетальной брюшине передней брюшной стенки в левом мезогастррии с последующим ушиванием кожного дефекта нитями серозно-мышечного шва. Выполнено послойное ушивание лапаротомной раны.

На следующий день после операции выполнено рентгенологическое исследование, в результате которого установлено: проходимость пищевода восстановлена, затеков контрастного вещества нет. Через 5 дней в плановом порядке выполнено повторное бужирование пищевода за направляющую нить с сохранением последней.

Послеоперационное течение гладкое, заживление ран первичным натяжением. Выписан с направляющей нитью на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии, явления дисфагии полностью купированы.

Поступил повторно 24.10.2008 г. с явлениями дисфагии II–III степени. Обследован. При ФГДС: на 26 см от резцов циркулярное сужение просвета пищевода до 5 мм, слизистая оболочка гладкая с налетами фибрина. При рентгеноскопии пищевода: сужение до 3–5 мм на протяжении 12 см, умеренное супрастенотическое расширение. Пациенту выполнено 2 сеанса ортоградного бужирования пищевода за направляющую нить до бужа № 40 с интервалом 5 дней. Выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии, явления дисфагии полностью купированы.

При контрольном обследовании через год состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, признаков дисфагии нет. При рентгеноскопии: контрастное вещество свободно проходит по пищеводу, сужения его просвета нет. При ФГДС: сужений пищевода не выявлено, свободно проходимо для эндоскопа 10 мм, слизистая оболочка розовая, гладкая. Направляющая нить удалена. Пациент выписан.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Литтман И. Оперативная хирургия. 2-е изд. на русск. яз. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1982. — С. 422–423.
2. Павелец К. В. Методика формирования желудочного трансплантата для эзофагопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1994. — С. 4–5.
3. Черноусов А. Ф., Воронов М. Е., Ручкин Д. В. Гастростомия как этап эзофагопластики // Хирургия. — 2000. — № 12. — С. 23–26.
4. Шалимов А. А. и др. Хирургия пищеварительного тракта. — Киев: Здоровье, 1987. — 568 с.
5. Юхтин В. И. Гастростомия. — М.: Медицина, 1967. — 156 с.

Поступила в редакцию 21.03.2012 г.

K. V. Pavelets, Yu. N. Savushkin, M. K. Pavelets,
D. A. Chernykh

A NEW METHOD OF GASTROSTOMY AS A STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGUS BURNS

The method of gastrostomy can be used as a stage of treatment of patients with cicatricial strictures of the esophagus due to chemical burn (for gullet bougienage by the directing thread). Localization of the dotted gastrostomy on the anterior wall of the stomach provides safety of the intraorganic main vessel in different variants of extraorganic angio-architectonics.