

УДК 616-089.843

СОЗДАНИЕ ЗАГРУДИННОГО ТОННЕЛЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПИЩЕВОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПОМОЩИ ПЕРЕДНЕЙ
ВИДЕОМЕДИАСТИНОСКОПИИ

В.Г. ЛОБАНОВ, В.Л. ПОЛУЭКТОВ, О.А. ЧЕРТИЩЕВ, И.Н. ЗЯТЬКОВ,
И.Ю. ЧЕРЕПАНОВ*

Введение. Способ ретростерального проведения пищевода трансплантата при пластике пищевода имеет не особенно долгую клиническую историю. До 40-х годов 20 века он был известен лишь в эксперименте. Независимо от органа, использовавшегося для пластики, и способа формирования искусственного пищевода, трансплантат предпочитали проводить антегоракально – под кожей передней грудной стенки [4–5, 9]. Считалось, что формирование заградного тоннеля опасно в связи с возможным повреждением органов грудной клетки, плевральных листков; в связи с опасностью неконтролируемого некроза трансплантата и в связи с техническими трудностями. Впервые удалось подойти к решению этого вопроса отечественному учёному, омскому хирургу Н.И. Еремееву, который в 1946 году впервые в опыте на трупах разработал заградный тоннель пищевода правой половиной толстой кишки. Хотя первая такая операция в клинике была неудачной (больной умер в результате осложнений, развившихся после ущемления стенки трансплантата в дефекте медиастинальной плевры с некрозом искусственного пищевода), после доработки деталей техники с 1949 г. выполнены десятки успешных ретростеральных пластик пищевода [3]. С 1950 года стали выполнять пищеводную пластику канадские хирурги R. Robertson и T. Sarjeant [10]. Заградное проведение трансплантата, выкроенного из желудка, рекомендовала О.М. Авиллова (1960 г.) [1]. В связи с частым повреждением плевральных листков при формировании заградного тоннеля в работе [2] рекомендуют срединную стернотомию. При этом широкий доступ и визуальный контроль за положением трансплантата давал уверенность в успехе операции, хотя травматичность вмешательства повышалась. Ряд хирургов [6–8] рекомендовали создавать заградный канал, отслаивая внутригрудную фасцию. Эта методика помогала избежать повреждения медиастинальной плевры.

Отмечая относительную техническую простоту и нетравматичность формирования заградного тоннеля, большинство хирургов отмечали следующие основные недостатки этого способа: частое повреждение листков медиастинальной плевры. Это повреждение, несущее на себе, часто приводило к ущемлению и некрозу трансплантата или его смещению в плевральную полость с последующим развитием перегибов, деформаций и, как следствие, нарушению функции; относительно узкое пространство созданного за грудной клеткой тоннеля часто затрудняло проведение через него толстокишечного трансплантата.

Материалы и методы. Чтобы избавиться от этих недостатков и сделать операцию более контролируемой и надёжной, нами была применена методика передней видеомедиастиноскопии при формировании заградного тоннеля. Для сравнения результатов традиционной и видеондоскопической методик были рассмотрены результаты операций в 2 группах – контрольной (КГ – формирование заградного тоннеля традиционно) и основной (ОГ – формирование тоннеля под контролем эндоскопа).

Заградное проведение трансплантата при пластике пищевода было выполнено у 108 пациентов. Из них у 76 в качестве трансплантата использована толстая кишка, у 27 – тонкая кишка и у 5 человек – желудок.

Показаниями к пластике пищевода в обеих группах считали: короткие полные стриктуры пищевода; протяжённые полные стриктуры; протяжённые неполные субкомпенсированные и декомпенсированные стриктуры (в случае постожоговых стриктур – в сроки свыше 3 месяцев после травмы); сочетанные стриктуры (пищевода и глотки, пищевода и желудка); нерезектабельный рак пищевода; кардиоспазм 4 степени; безуспешность бужирования (невозможность провести буж, противопоказания к бужированию, быстрый рецидив стриктуры после бужирования – в течение последующих 6 месяцев). Во всех этих случаях патологически изменённый пищевод не удалялся, т.е. была выполнена шунтирующая пластика пищевода.

В КГ вошли 87 лиц, у которых формирование заградного тоннеля велось традиционно, «вслепую». Операция выполнялась так. Положение пациента – на спине с подложенным на уровне I поясничного позвонка валиком. Производили широкую срединную лапаротомию, ревизию брюшной полости, решали вопрос о выборе трансплантата для пластики. Формировали трансплантат. Затем приступали к созданию заградного тоннеля. Рассекали в поперечном направлении диафрагму в месте прикрепления её к груди на протяжении 5–6 см. При необходимости резецировали мечевидный отросток. Выполняли цервикальный доступ параллельно левой грудино-ключично-сосцевидной мышце. Используя пальцы тупым способом, на ощупь, проводили отделение от грудной листков плевры и перикард снизу и клетчатку переднего средостения сверху. Если длины пальцев не хватало для формирования тоннеля, использовали диссектор Юдина (рис. 1).



Рис. 1. Формирование заградного тоннеля для проведения трансплантата [7]

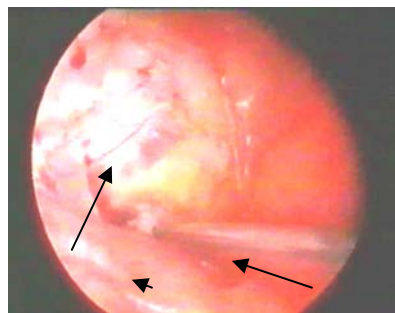
После формирования канала с помощью тракции за нить со стороны шейного доступа проводили трансплантат в переднем средостении. Убеждались в его жизнеспособности. Накладывали анастомоз шейного отдела пищевода с трансплантатом. Дренажировали переднее средостение трубками, выведенными через отдельные проколы на шее. Дренажировали брюшную полость. При вскрытии плевральных листков дренажировали плевральную полость со стороны повреждения. Ушивали раны. Из особенностей ведения послеоперационного периода: вспомогательная вентиляция лёгких в течение суток; сразу после операции, а затем ежедневно вели рентгенологический контроль за состоянием грудной клетки для исключения гидропневмоторакса. По показаниям делали УЗИ плевральных полостей; пульсоксиметрию – мониторинг; санационную бронхоскопию – сразу после экстубации и затем ежедневно по показаниям; коррекция белково-водно-электролитных нарушений; антибиотики; раннее зондовое питание специальными смесями; стимуляция функции кишечника.

В ОГ вошёл 21 пациент, здесь техника операции почти не отличалась от описанной выше, за исключением этапа формирования заградного канала, при котором использовалась видеоэндоскопическая техника. Задачей этого способа было повышение безопасности формирования заградного тоннеля, обеспечивалось тем, что оно велось тупым раздвижением тканей металлической оливой под видеоконтролем. При этом хорошо видны структуры и органы переднего средостения, что позволяло избежать их повреждения. Выполняли верхнесрединную лапаротомию. Под мечевидным отростком рассекали диафрагму на длине 5 см. Затем в заградное пространство вводили лапароскоп с 30-градусной оптикой и металлический распатор с оливой на конце. Изображение с лапароскопа передавали на монитор. Под визуальным контролем с помощью оливы разделяли заградную клетчатку до верхней апертуры грудной клетки. При этом хорошо видны сосуды и листки медиастинальной плевры (рис. 2).

Результаты. В КГ отмечены следующие осложнения: вскрытие плевральных листков – в 19 случаях (21,8%); ущемление трансплантата в дефекте медиастинальной плевры – 3 случая (3,4%); кровотечение из внутренней грудной артерии – 4 случая (4,6%); гемоторакс, потребовавший пункции – 5 (5,7%); некроз трансплантата – 2 случая (2,3%); пневмонии – 14 человек (16,1%); средняя длительность этапа формирования заградного канала – 21 ± 5 мин.; умерло 5 человек (летальность 5,7%).

Осложнения в ОГ: вскрытие плевральных листков – 1 случай (4,8%); ущемление трансплантата в дефекте медиастинальной плевры – не было; значимые кровотечения – не было; пневмонии – 2 чел. (9,5%); ср. длительность формирования заградного канала – 35 ± 4 мин.; летальности в этой группе не было (табл. 1).

* Омская государственная медицинская академия. Адрес: г. Омск, ул. Ленина, 12. тел. (3812) 24 12 34, 24 12 15



грудина ткани средостения распатор с оливой

Рис. 2. Формирование заградного тоннеля для проведения трансплантата с использованием видеомедиастиноскопии

Таблица

Способы формирования заградного канала для проведения трансплантата при пластике пищевода

Показатель	КГ	ОГ
Вскрытие плевральных листков	19 (21,8%)	1 (4,8%)
Ущемление трансплантата в дефекте медиастинальной плевры	3 (3,4%)	нет
Кровотечение из внутренней грудной артерии	4 (4,6 %)	нет
Гемоторакс, потребовавший пункции	5 (5,7%)	нет
Некроз трансплантата	2 (2,3%)	нет
Пневмония	14 (16,1%)	2 (9,5%)
Средняя продолжительность этапа формирования заградного канала	21±5 мин	35±4 мин
Летальность	5,7 %	нет

Передняя видеомедиастиноскопия, не удлиняя время операции, делает её более управляемой. Способ создания заградного тоннеля для проведения трансплантата при пластике пищевода обладает достоинством, что при нём хорошо видны структуры и органы переднего средостения. Это позволяет избежать их повреждения, повышает надёжность и безопасность вмешательства.

Литература

1. Авилова О.М. Чрезплевральные резекции при опухолях пищевода и кардии: Автореф. дис... канд. мед. наук.– Киев, 1960.– 16 с.
2. Берёзов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода.– М., Медицина, 1965.– 220 с.
3. Еремеев Н.И. Операция создания пищевода в переднем средостении: Дис...д.м.н.– Омск, 1949.
4. Русанов А. Рак пищевода.– БМЭ.– Т.24.– М., 1962.– 708 с.
5. Русанов А., Яковлев О. // Вестн.хир.– 1971.– № 7.– С.7.
6. Савиных А.Г. // Хирургия.– 1952.– №5.– С.36.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта.– Киев, 1987.– С. 93.
8. Шалимов А.А. и др. Хирургия пищевода.– М., Медицина, 1975.– 368 с.
9. Kirschner M. // Arch. Klin. Chir.– 1920.– Bd.114, №3.– S. 609.
10. Robertson R., Sarjeant T.R.// J. Thoracic. Surg. – 1950.– Vol. 20.– P. 689.

УДК 618.1; 616-089

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

А.И. ИЩЕНКО, Л.С. АЛЕКСАНДРОВ, Н.В. ВЕДЕРНИКОВА, М.Н. ЖОЛОбОВА, А.М. ШИШКОВ, А.М. ШУЛУТКО, И.Б. РАННЕВ*

По данным ВОЗ, у 25–30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким либо заболеванием, выявляются дополнительно другие патологические состояния, также требующие хирургического вмешательства. Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет 2,8÷ 63%, в частности, заболевания аппендикса сопровождают гинекологическую пато-

логию в 3,1–3,3%, желчного пузыря – в 3,1–15% [4, 6–8]. Улучшение диагностических возможностей, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при оперативных вмешательствах, внедрение новых мининвазивных технологий позволяют производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, значительно сокращая длительность послеоперационного периода. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания в стационаре и срок временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения при сочетанных заболеваниях [1–3, 5].

В проведенное клиническое исследование были включены 272 пациентки, находившиеся на обследовании и лечении в I гинекологическом отделении клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова и гинекологическом отделении 53 ГКБ с 1994г. по 2003г. Основную группу (ОГ) составили 218 женщин, которым были выполнены симультанные операции, контрольную (КГ) – 54 пациентки, перенесшие изолированные оперативные вмешательства на органах малого таза. Все больные, перенесшие симультанные операции, в зависимости от метода вмешательства разделены на три подгруппы: 103 (47,3%) больным оперативные вмешательства были произведены традиционным методом (I подгруппа), 87 (39,9%) – при помощи мининвазивных методов (II подгруппа), 28 (12,8%) – комбинированным (т.е. с применением традиционных и мининвазивных методов) (III подгруппа).

Больные I подгруппы, в зависимости от характера хирургического доступа, также разделены на подгруппы: подгруппу А составили 47(46,1%) лиц, у которых хирургический этап операции выполнялся из того же оперативного доступа, что и гинекологический, и не требовал его расширения. У 36 (34,9%) больных (подгруппа В) наличие сочетанного заболевания потребовало расширения хирургического доступа для выполнения симультанного вмешательства. Симультанные оперативные вмешательства, выполненные традиционно из различных хирургических доступов, были произведены у 20 (15,4%) больных (подгруппа С).

Показаниями к госпитализации в гинекологическое отделение на оперативное лечение служили: миома матки – 104 (47,7%), новообразования придатков – 51 (23,4%), эндометриоз – 29 (13,3%):(наружный генитальный – 17 (7,8%), аденомиоз – 9 (4,1%), перфорация эндометрионидной цистаденомы – 3 (4,4%)), несостоятельность мышц тазового дна – 11 (5,1%), бесплодие – 8 (3,7%), апоплексия яичника – 5 (2,3%), внематочная беременность – 4 (1,8%), перекрут ножки кисты яичника – 1 (0,4%), острый гнойный сальпингит – 1 (0,4%). В I подгруппе выполнено 106 оперативных вмешательств у 103 (47,2%) человек: из них в плановом порядке – у 91(88,3%), в экстренном – у 12(11,7%). У 100 (97,1%) больных одновременно выполнено два оперативных вмешательства, у 3(2,9%) – три операции. В качестве гинекологического этапа на придатках выполнены у 19(18,4%), при несостоятельности мышц тазового дна – у 7(6,8%) миомэктомия – у 3(2,9 %), экстирпация культи шейки матки у 1(0,9%), радикальные оперативные вмешательства – у 73(70,9%): надвлагалищная ампутация – у 63(61,2%), экстирпация матки – у 10(9,7%).

У 47(46,1%) пациенток (подгруппа А) в качестве хирургического этапа грыжесечение выполнено у 27(57,4%), аппендэктомия у 15(31,9%), удаление забрюшинных кист у 3(6,4%), опорожнение и дренирование межкишечного параколического абсцесса у 1(2,1%), у 1(2,1%) больной из поперечного надлобкового разреза удалена липома передней брюшной стенки; у 36 (34,9%) пациенток подгруппы В холецистэктомия была выполнена у 17(47,2%), грыжесечение – у 18(50,0%), у 1(2,7%) женщины наряду с аднексэктомией выполнена резекция правой доли печени и нефрэктомия; у 20 (15,4%) лиц подгруппы С – удаление доброкачественных опухолей кожи, подкожной жировой клетчатки – у 7 (33,3%), операции на венах нижних конечностей – у 9 (42,9%), грыжесечение – у 3 (14,3%); абдоминопластика – у 2 (9,5%). Во II подгруппе симультанные мининвазивные операции были выполнены: в плановом порядке у 82 (94,3%), в экстренном – у 5 (5,7%) пациенток. В качестве гинекологического этапа надвлагалищная ампутация матки была произведена у 9(10,3%) больных, миомэктомия – у 5(5,7%), вмешательства на придатках матки – у 73(84,0%) Наиболее часто выполнялись: холецистэктомия – 37 (42,5%) и аппендэктомия – 42 (48,3%), значительно реже герниопластика – 8 (9,2 %).

* Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова