



РЕЗУЛЬТАТЫ НАЛОЖЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГАСТРОСТОМЫ

Курбанов Ровшен Ораздурдыевич

Ассистент кафедры общей хирургии, Туркменский государственный
медицинский университет им. Мырата Гаррыева
г. Ашхабад Туркменистан

Аннотация

В данной статье представлены результаты применения модифицированного метода наложения лечебной гастростомы у пациентов с рубцовыми стриктурами и травмами пищевода различного генеза. На основании анализа лечения 157 больных за период 2014–2024 гг. проведено сравнение традиционных методик гастростомии (методы Витцеля, Кадера и др.) и нового усовершенствованного способа, позволяющего устранить основные недостатки классических вмешательств, включая подтекание пищи, выпадение и миграцию гастростомической трубки, прекращение энтерального питания и развитие алиментарной кахексии. В исследовании проанализированы показания, техника операции, ранние и поздние послеоперационные осложнения, динамика массы тела и сроки выполнения второго этапа холецистогастропластики. Новый способ, включающий проведение питательной трубки через гастростомическую трубку Петцера и фиксацию передней стенки желудка к брюшине, продемонстрировал значительное уменьшение частоты осложнений (до 7,8%), обеспечил раннее и полноценное питание, улучшил трофический статус пациентов и позволил сократить сроки подготовки к реконструктивным операциям. Показано, что модифицированная гастростомия является эффективным, технически доступным и физиологически обоснованным методом хирургической помощи больным с тяжелыми поражениями пищевода.

Ключевые слова: гастростомия, рубцовые стриктуры пищевода, химический ожог, энтеральное питание, модифицированная методика, осложнения, хирургия пищевода.

Важность: Обеспечение энтерального питания при травмах пищевода является одной из важнейших проблем, не решенных до конца. Потому что применявшие в хирургической практике методы Витцеля, Кадера и других авторов, имеют множество недостатков, а именно подтекание пищи вокруг гастростомы, выпад гастростомы, ее миграцию. Прерывание энтерального питания, приводит к алиментарной кахексии у больных. Есть метод эндоскопическое введение микрогастростомы в желудок, через переднюю стенку брюшной полости.

К сожалению, эндоскопическая микрогастростомия затруднена, поскольку пациенты обращаются за помощью на поздних стадиях заболевания. Следует также отметить, что микрогастростома не может полностью обеспечить все обменные процессы организма, то есть через нее проходить не все виды пищи. Разработанный новый метод направлен избежать вышеупомянутых осложнений.

Цель: Усовершенствование оперативного метода наложения гастростомии при рубцовых стриктурах пищевода.

Материалы и методы исследования: С 2014 по 2024 год обобщены результаты комплексного обследования и лечения 157 пациентов с травмой пищевода в отделении хирургии МНКЦФ. Они были разделены на 3 группы в зависимости от основной причины повреждения пищевода: 1 – ю группу составили 76 больных, которым пришлось выполнить резекцию по поводу химического ожога пищевода; 2 – я группа: 43 пациента с перфорацией пищевода вследствие различных травм (осколков костей, травм при эндоскопии); Третью группу оставили 38 больных с новообразованиями пищевода. Больные были в возрасте 16 – 65 лет, женщин – 92, мужчин – 65. Диагноз заболевания устанавливался на основании жалоб больных, анамнеза, рентгенологических и эндоскопических, клинических и биохимических исследований. Всем этим пациентам после первичного обследования проводилось плавное лечение. С целью проведения объективного сравнительного анализа полученных результатов пациенты были разделены на две группы:

I группа – 81 больных, которым за период с 2014 по 2018 год проведено лечение в стационаре методами, ранее применявшимися в клинических условиях.

II группа – 76 больные, которым за период 2019 – 2024 гг. проведено лечение с использованием предлагаемого способа.

Для II группы больных, во время операции, через гастростомическое трубку Петцера калибра №34 – 36, проводили питательную трубку, которую вставили поперечную часть двенадцатиперстной кишки или на расстоянии 7 – 10 см от связки Трейса. Переднюю стенку желудка фиксировали к париетальной брюшине. Больных начали кормить через 6 – 8 часов после операции.

После операционные осложнения.

Название осложнения	I группа	II группа
Внутреннее кровотечение (в течение 7 дней)	37 (54,4%)	6 (7,8%)
Позднее кровотечение (через 14 дней)	31 (45,6%)	2 (2,6%)
Нагноение лапаротомической раны	49 (72,1%)	-
Подтекание желудочного сока вокруг стомы	52 (76,4%)	3 (3,9%)
Химический ожог	43 (63,2%)	2 (2,6%)
Миграция и расширение отверстия стомы	14 (20,6%)	-
Выпадение гастростомической трубки	36 (52,9%)	-
Перитонит	8 (11,7%)	-

Таким образом, как показано в таблице, доказано, что вновь выполненный модифицированный способ наложения лечебной гастростомы имеет уменьшение осложнений до 7,8% и отвечает всем требованиям операции, выполняемой с целью кормления:

1. Полноценное и правильное питание достигнуто с первых послеоперационных часов.
2. Во время операции оценивали состояние желудка и пищевода после химических ожогов.
3. Во время первого этапа операции оценивалось состояние тонкой кишки и ее сосудов для следующего этапа операции – холезофагопластики при ревизии брюшной полости.
4. В модифицированном способе доказано, что за счет герметичности гастростомической трубки достаточного диаметра гастростомической трубки можно пропускать не только жидкую, но и твёрдую пищу.
5. Данная операция отличается тем, что не требует специальных инструментов, технически проста и дешёва с финансовой точки зрения.

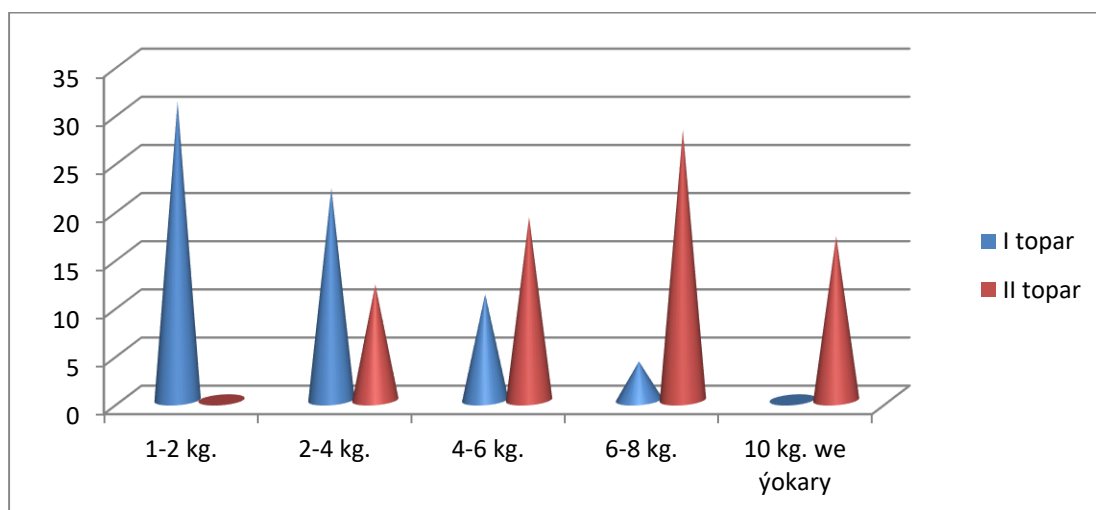


Диаграмма. Изменение массы тела через 3 месяца после операции у больных с рубцов сужение пищевода.

Таким образом как показано в таблице и приведённой выше гистограмме, увеличение массы тела больных II группы после операции по модифицированному методу наложением гастростомы, через 3 месяца, т. е. за короткий промежуток времени, составило 6 – 8 кг. Он наблюдался у 28 (36,8%) больных, а массой 10 кг и выше – у 17 (22,4%) больных. Из этих пациентов 45 (59,2%) перенесли II этапа пластики пищевода через 3 месяца после установки модифицированный терапевтической гастростомы после операции первого этапа. 31 (40,8%) пациент II группы оперирован II этапом через 4 – 5 мес.

После пластики пищевода гастростомическую трубку удалили после возобновления перорального питания пациента. Перед удалением гастростомической трубки пациентам выполняли эзофагогастродуоденоскопию и рентгеноконтрастное исследование.

После определения того, что функция (проходимость) искусственного пищевода удовлетворительное, гастростомическую трубку удаляют и образовавшиеся отверстие стомы закрывают асептической повязкой. Искусственный желудочный свищ, место гастростомической трубки полностью самостоятельно закрывается в течение 10 – 14 дней.

Литература

1. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Хирургическое лечение рубцовой стриктуры пищевода и желудка после химического ожога. /Хирургия 2007. №1. С. 25-28.
2. Харитонов А.А. Анатомо-хирургическое обоснование мини-доступа для гастростомии при рубцовой непроходимости пищевода// Бюл. ВСНЦ СО РАМН. -2010. №5. –С. 209-212.
3. Косяков Б.А. //Экспериментальное обоснование фиксированной гастростомы// Актуальные проблемы частной медицины –Полтава.- 2009.- С. 107-109.
4. Марийко В.А., Нечай В.С., Дорофеев Д.А. и др. /Эффективность использования оперированного желудка при эзофагопластике. /Вестн. Хирургия 2014. №2. С. 23-26.
5. Прудков М.И. Основы минимально мини-инвазивной хирургии. Прудков М.И. - Екатеринбург. 2007. 200с.
6. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Черноусов Ф.А. Современные тенденции развития хирургии пищевода. //Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. - №4. С. 5-13.
7. Javed A., Pal S., Dash N.R. et al. Outcome following surgical management of corrosive strictures of the esophagus. //Ann Surg. – 2011. Vol. 254. №1. – P. 62-66.
8. Soscia J., Friedman J.N. A guide to the management of common gastrostomy and gastrojejunostomy tube problems. Pediatr. Child Hlth. 2011; 16: 281-7.
9. Wragg R. C., Salminen H., Pachl et al. Gastrostomy insertion in the 21st century: PEG or laparoscopic? Report from a large single-centre series. Pediatr. Surg. Int. 2012; 28: 443-8.