

УДК № 616-089.87:617-089

СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА СО СТОРОНЫ СРЕДОСТЕНИЯ**Залевский А.А., Горбунов Н.С., Шеховцова Ю.А., Шабоха А.Д., Архипкин С.В.***ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава», Красноярск, e-mail: hiatus39@yandex.ru*

В статье представлено обоснование и описание оперативного доступа к желудку со стороны переднего средостения, улучшающего условия работы хирурга и снижающего уровень операционной травмы при его резекции.

Ключевые слова: хирургия желудка, оперативный доступ к желудку с стороны средостения.

THE METHOD OF GASTRIC RESECTION BY THE MEDIASTINUM**Zalewskiy A.A., Gorbunov N.S., Samotesov P.A., Shehovtsova Y.A., Shabokha A.D., Arkhipkin S.V.***Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetskiy, Krasnoyarsk, e-mail: hiatus39@yandex.ru*

The article presents the rationale and operational access to the stomach from the anterior mediastinum, the method improves the working conditions of the surgeon and reduces surgical trauma during gastrectomy.

Keywords: Stomach surgery, quick access to the stomach with side of the mediastinum

Резекция желудка – операция, как правило, направленная на удаление патологически изменённой части желудка. Основными показаниями для выполнения этих вмешательств являются язвы желудка, локализуемых в малой кривизне или в проксимальном его отделе. Иногда таких пациентов приходится оперировать повторно причём в разные сроки. При этом в процессе оперативного доступа к культе желудка и её мобилизации приходится разделять плоскостные спаечные образования, возникшие после первичной операции. Это технически сложный этап операции, когда хирургу приходится работать из верхнесрединного оперативного доступа (верхнесрединной лапаротомии) в неудобной позе с малым углом оперативного действия. Все эти объективные факторы обуславливают высокий уровень операционной травмы и опасности послеоперационных осложнений.

Мы разработали новый оперативный доступ к желудку с целью его резекции [1], существенно улучшающий условия работы хирурга и снижающий уровень операционной травмы, как первичной, так и повторной.

Ход операции

Положение пациента на операционном столе – на спине.

Обезболивание – наркоз эндотрахеальный.

Разрез кожи и подлежащих тканей начинается от верхушки мечевидного отростка вверх до места сочленения VI левого ребра с грудиной, овально переводится на проекцию VI межреберья и продлевается по ней до среднеключичной линии (рис. 1).



Рис. 1. (Схема). Линия разреза кожи

Далее:

- рассечь внутреннюю грудную фасцию от грудины наружу на ширину раны;
- отделить VII ребро от грудины и отвести его конец книзу;
- ввести через отверстие палец в переднее средостение и отслоить переднюю средостенно-рёберную переходную складку париетальной плевры от грудной стенки, диафрагмы и перикарда к верхушке сердца,

- ввести в проём раны малый реечный расширитель и развести её края на 10 см;
- рассечь соединительно-тканые тяжи, образующие переднюю линию сращения перикарда с диафрагмой от нижней грудно-перикардиальной связки до верхушки сердца, остерегаясь повреждения левого диафрагмального нерва;
- отслоить перикард от диафрагмы зади от передней линии их сращения до задней линии рыхлого сращения;
- рассечь диафрагму от грудно-рёберного угла до переднего края кольца пищевода отверстия диафрагмы;
- длина разреза 12-15 см (рис. 3);
- остерегаться повреждения левого диафрагмального нерва;
- не выходить за пределы зоны безопасности Войно-Сяноженцкого и за средостенно-диафрагмальные синусы плевры;
- по 3 держалки с каждой стороны;
- передний край кольца пищевода отверстия диафрагмы не рассекают, перевязать нижнюю диафрагмальную вену;
- прошить края разреза диафрагмы держалками и взять их на зажимы;
- рассечь коронарную, треугольные и печёночно-желудочную связки печени;
- отвести левую долю печени книзу, развести края разреза диафрагмы в стороны;
- мобилизовать, взять на турникет, осмотреть и ощупать доступный отдел пищевода и желудка;
- мобилизовать truncus coelestis и его ветви, взять на зажимы, пересечь между ними и перевязать а. gastrica sinistra и а. gastrica dextra;

- ограничить марлевыми салфетками брюшную полость и полость малого сальника от проксимального отдела желудка;
- отвести стенку малой кривизны желудка влево, наметить границы её иссечения в пределах здоровых тканей, завести скобы сшивающего аппарата под стенки желудка, прошить их по намеченным границам;
- иссечь фрагмент желудка, закрыть механический шов швами Ламбера с полукисетными швами по углам;
- установить дренаж к месту резецированной части желудка;
- создать складку из передней стенки желудка под пищеводно-желудочным переходом, обращенную в просвет желудка на глубину 1,5 – 2,0 см [2];
- вывести конец дренажа наружу через прокол передней брюшной стенки в левом подреберье;
- зашить разрез мембранозной диафрагмы;
- установить трубчатый дренаж поверх шва диафрагмы;
- вывести конец дренажа наружу через внутренний угол раны грудной стенки [3];
- послойно ушить рану грудной стенки до дренажа;
- соединить дренажи с подводными клапанами;
- наложить асептическую повязку на рану и вокруг дренажей.

Рассечение мембранозной диафрагмы по парасагиттальной линии не приводит к нарушению функции её плевральных куполов и функции внешнего дыхания, т.к. на линии разреза нет ветвей диафрагмальных нервов.

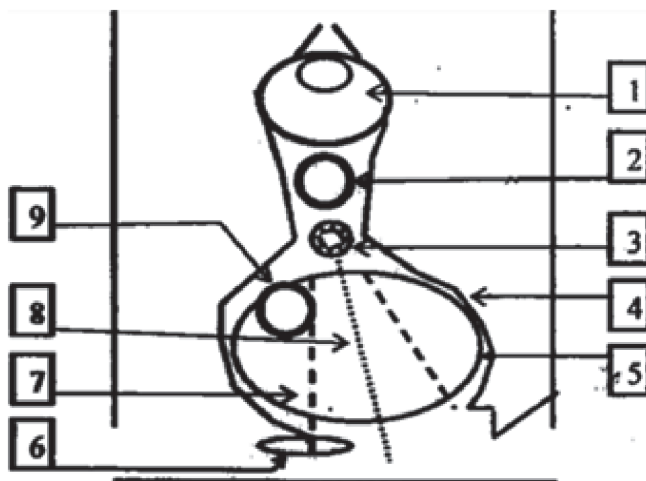


Рис. 2. Схема горизонтального сечения груди по плоскости канала доступа: 1 – позвоночник; 2 – аорта; 3 – пищевод; 4 – плевра; 5 – перикард; 6 – грудина; 7 – граница канала доступа; 8 – линия рассечения диафрагмы; 9 – нижняя полая вена

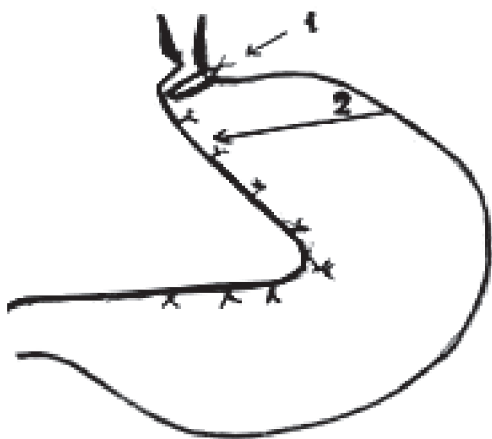


Рис. 3. Схема. Вид желудка после клиновидной резекции малой его кривизны и формирования клапана антирефлюкса под пищеводно-желудочным переходом со стороны переднего средостения:

1 – клапан антирефлюкса; 1 – линия операционного шва

Выводы

1. Способ резекции желудка из оперативного доступа со стороны переднего средостения улучшает условия работы хирурга, снижает уровень операционной травмы.

2. Настоящий способ позволяет сохранить большую кривизну желудка, сформировать между пищеводом и желудком клапан антирефлюкса, сохранить моторную функцию желудка и порционное поступление пищи в 12-перстную кишку, удалить регионарные лимфатические узлы в случае онкологии.

3. Оперативный доступ к проксимальному отделу желудка со стороны переднего средостения с рассечением перикардального отдела диафрагмы не проникает в плевральные полости, не приводит к повреждению диафрагмальных нервов и нарушению функции внешнего дыхания.

4. Создание клапана подобного клапану Губарева под пищеводно-желудочным переходом предупреждает рефлюкс содержимого желудка в пищевод в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Залевский А.А., Петухова О.В. Операционный доступ к желудку с целью его резекции: Патент РФ. № 2200474 от 27 января 2000.
2. Залевский А.А. Способ хирургического лечения ГЭРБ: Патент РФ № 2196517 от 20.01.2003.
3. Залевский А.А. Способ дренирования заднего средостения передним наддиафрагмальным внеплевральным доступом: Патент РФ № 2137425 от 20.09.96.