

**Ермашкевич С.Н.¹, Кондерский Н.М.²,
Петухов В.И.¹, Янковский А.И.²,
Русецкая М.О.¹, Подолинский Ю.С.²,
Горбунов А.В.², Украинец Е.А.²**

¹ УО «Витебский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Витебская областная клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА.

Введение. Постожоговый рубцовый стеноз желудка после приема коррозионных жидкостей развивается у 18,5–52,6% больных. Выбор метода дренирующих желудок операций дискутабелен. Многие хирурги отдают предпочтение обходным анастомозам, как малотравматичным вмешательствам у ослабленных больных – выполнению гастроэнтероанастомоза или гастродуоденоанастомоза. Отдельные хирурги операцией выбора при послеожоговом стенозе желудка считают его резекцию. В настоящее время широкое распространение получил метод эндоскопической баллонной дилатации стриктур верхних отделов ЖКТ.

Цель. Изучить результаты открытых и эндоскопических вмешательств у пациентов с постожоговыми рубцовыми стенозами выходного отдела желудка
Материалы и методы. Изучены результаты лечения 6 пациентов с постожоговыми рубцовыми стенозами выходного отдела желудка, находившихся на обследовании в хирургическом и торакальном гнойном хирургическом отделениях УЗ «Витебская областная клиническая больница»

в период с 2007 г. по 2014 г. Из них мужчин было 5, женщин – 1, в возрасте от 44 до 52 лет (средний возраст – $46,8 \pm 3,8$ лет).

Все пациенты имели в анамнезе пероральное отравление жидкостями прижигающего действия. Для определения локализации и характера поражения, а также контроля эффективности лечения использовали фиброэзофагогастродуоденоскопию с биопсией (для морфологической верификации диагноза) и контрастную рентгеноскопию верхних отделов ЖКТ.

Результаты и обсуждения. Открытые вмешательства выполнены у 3 пациентов. Пациентам на протяжении 10-14 суток проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию водно-электролитных и белково-энергетических нарушений, лечение и профилактику моторно-эвакуаторных нарушений.

У 1 пациента постожоговый стеноз был локализован в антральном отделе желудка. Пациенту была произведена резекция $\frac{1}{2}$ желудка с сохранением привратника по Шалимову-Маки. 1 пациенту с декомпенсированным стенозом привратника выполнена резекция желудка по Billroth-I. Длительность нахождения в стационаре составляла от 25 до 30 койко-дней, в среднем 27,5.

У 1 пациента после эндоскопической баллонной пластики по-стожоговой рубцовой стриктуры пищевода по поводу декомпенсированного стеноза привратника выполнена лапаротомия и сформирован гастродуоденоанастомоз по Jaboulay. Длительность нахождения в стационаре составила 22 койко-дня.

У 3 пациентов выполнены этапные баллонные пластики декомпенсированных рубцовых стенозов на уровне привратника. Предоперационная подготовка у них не проводилась, а коррекция имеющихся нарушений проводилась параллельно с проводимыми вмешательствами. У 1 из пациентов был выявлен рубцовый стеноз пищевода, что потребовало предварительного проведения баллонной пластики пищевода, у остальных – имелись признаки ранее перенесенного ожога пищевода без нарушения его проходимости. Для баллонной дилатации использовались баллоны Boston Scientific CRE™ Wireguided Balloon Dilators. Для ликвидации стеноза требовалось от 3 до 5 сеансов дилатации. Начинали с баллона диаметром 10 мм, затем использовали баллон 15 мм. Длительность нахождения в стационаре составляла от 10 до 20 койко-дней, в среднем 14,3.

Во всех случаях удалось добиться стойкой нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка.

Выводы. Эндоскопическая баллонная пластика постожоговых рубцовых стенозов выходного отдела желудка является малотравматичным, эффективным, более безопасным и экономически выгодным методом лечения, по сравнению с открытыми вмешательствами.