

ФУТЛЯРНЫЙ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Одишелашивили Г.Д., Сергеев Д.А.

Астраханская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, г. Астрахань

Хирургическое лечение рака желудка продолжает оставаться одной из самых трудных проблем в современной онкохирургии. Несмотря на значительные успехи на сегодняшний день пока нет основания признать результаты хирургического лечения этого контингента больных удовлетворительными. Об этом говорят достаточно высокие цифры послеоперационной летальности 15-20%, низкие показатели операбельности и резектабельности больных, составляющие в среднем 45,5-62,1% (Чикотеев С.П. с соавт., 1994; Чарторижский В.Д. с соавт., 1995; Давыдов М.И. с соавт., 1995; Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., 1997; Симонов Н.Н. с соавт., 1997; Ravichandran D. et al., 1995; Taat C.W. et al., 1995). Резекция проксимального отдела желудка ведет к разрушению кардии, регулирующей поступление пищи из пищевода в желудок и предотвращающей попадание кислого содержимого на слизистую пищевода. По данным литературы, рефлюкс-эзофагит после проксимальной резекции желудка встречается в 13-73% наблюдений (Саввин Ю.Н., 1991; Черный В.А., 1987). Недостаточность швов пищеводно-желудочного анастомоза, встречается в 1,9-33,4% наблюдений и приводит к смерти 25-71% больных (Черноусов А.Ф., Киладзе М.А., 1995).

Таким образом, несостоятельность швов пищеводно-желудочных анастомозов, рефлюкс-эзофагит, рубцовый стеноз соустья довольно часто сопровождают проксимальную резекцию желудка, а существующие методики не всегда надежно предупреждают их возникновение. Поэтому, проблема разработки такой методики формирования пищеводно-желудочного анастомоза, которая позволит избежать или уменьшить число осложнений раннего и позднего послеоперационного периода, является актуальной.

В связи с этим, нами в эксперименте разработан способ проксимальной резекции желудка (патент №2211670) на 21 беспородной собаке.

Резекция желудка производилась предложенным нами способом (патент на изобретение № 2211670). Порциально мобилизованы тело желудка, кардиальная часть, абдоминальный отдел пищевода. На уровне средней трети тела желудка в косом направлении производится циркулярное рассечение серозно-мышечно-подслизистого слоя ниже первоначального разреза на протяжении 2см с последующим наложением гофрирующих швов кетгутовой нитью на слизистую желудка, как передней стенки, так и задней стенки таким образом, чтобы диаметр культи желудка совпадал с диаметром пищевода. Проксимальнее линии гофрирующих швов производилось отсечение оставшейся части желудка. Первый ряд швов наложен «конец в конец» между слизистыми желудка и пищевода. Затем первый ряд швов анастомоза укрывался заранее подготовленным серозно-мышечно-подслизистым футляром желудка.

Проведенные рентгеноскопические исследования в сроки: 1,7,14 суток, 1,3,6 и 12 месяцев свидетельствуют о том, пищевод свободно проходим, отмечается порционное поступление бариевой взвеси через анастомоз в культю желудка. При исследовании в положении Тренделенбурга во всех наблюдениях гастроэзофагальный рефлекс отсутствовал. Стенозирования и деформации пищеводно-желудочного анастомоза не отмечено во всех наблюдениях.

При ретроградной пневмопрессии внутрижелудочное давление составило от 10 до 35 мм.рт.ст. Сравнения эти данные с физиологическим рефлюксом, который возникает при внутрижелудочном давлении 15 мм.рт.ст. и выше, можно сказать о хороших антирефлюксных свойствах анастомоза.

Таким образом, разработанный способ проксимальной резекции желудка с использованием серозно-мышечно-подслизистого футляра обеспечивает хорошую герметичность эзофагогастроанастомоза, моделирует замыкательную функцию кардии, исключает рубцовый стеноз соустья, снижает развитие рефлюкс-эзофагита, обеспечивает гемостаз зоны анастомоза.