

ПРИМЕНЕНИЕ ИНВАГИНАЦИОННОГО ЭЗОФАГОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Ф.Г. Овчинников

МУЗ больница им. Семашко (главрач — З.М. Фаустова), г. Елец Липецкой области

Хирургический метод является «золотым стандартом» в лечении рака желудка [2]. Большое количество способов пищеводно-кишечных анастомозов после эзофагодуоденоанастомоза желудка (ЭЖ) свидетельствует о серьезности и сложности проблемы восстановительного этапа. Особенно часто возникают осложнения после комбинированных и расширенных операций. Наиболее опасное осложнение — несостоятельность швов анастомоза — обусловлено отсутствием серозного слоя на пищеводе и перевязкой при ЭЖ левой желудочной артерии, восходящая ветвь которой играет большую роль в кровоснабжении абдоминального сегмента пищевода.

Для повышения надежности соустья предложен инвагинационный эзофагоэноанастомоз по Цацаниди [4], позволяющий увеличить площадь соприкосновения стенки пищевода и двенадцатиперстной кишки. Другим вариантом является погружной анастомоз по Сигалу [3], который дает возможность переместить нагрузку с пищеводных швов на межкишечные линии швов. В то же время наиболее функционально выгодны прямые пищеводно-двенадцатиперстные анастомозы по Накаяма и Блохину [1]. Они более физиологичны, благодаря им сохраняется пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, сокращается время операции, выполняемой в одной анатомической области.

Целью работы была разработка способа формирования анастомоза, объединяющего ранее обоснованные отдельные моменты операционной техники.

Для наложения анастомоза нужны следующие условия:

1. Коррекция операционного доступа по Сигалу, позволяющая с помощью двух ретракторов резко увеличить угол операционного действия относительно пищеводного отверстия диафрагмы до 90° и более, а глубину раны уменьшить до 9—12 см.

2. Бескровная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру до верхних мезентериальных сосудов со смещением ее без натяжения до уровня пищеводного отверстия диафрагмы.

3. Мобилизация 1,5—2,0 см стенки двенадцатиперстной кишки для формирования инвагинационного анастомоза.

Операцию наложения анастомоза выполняют следующим образом. С помощью первого ряда узловых швов сопоставляют слизисто-мышечные слои пищевода со всеми слоями двенадцатиперстной кишки. Второй ряд узловых швов накладывают между подслизистым мышечным слоем пищевода и серозно-мышечным слоем двенадцатиперстной кишки.

Третий ряд швов прокладывают между брюшиной с захватом мышечной стенки пищеводного отверстия диафрагмы и ножек диафрагмы с одной стороны, и серозно-мышечным слоем двенадцатиперстной кишки — с другой, что является отличительной особенностью данного анастомоза. Благодаря этому ряду швов достигаются инвагинация анастомоза в просвет двенадцатиперстной кишки, перитонизация линии анастомоза, перераспределение нагрузки с пищеводно-кишечных швов на линии швов между диафрагмой и двенадцатиперстной кишкой (см. рис.). В отличие от анастомоза по Накаяма, не прошивается поджелудочная железа и не создается дополнительная угроза развития панкреатита.

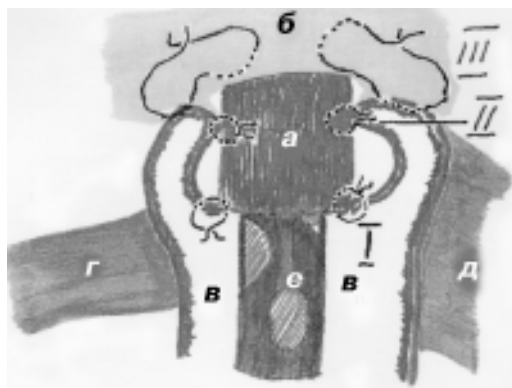


Схема предложенного анастомоза: а — пищевод, б — диафрагма, в — просвет двенадцатиперстной кишки, г — печеночно-двенадцатиперстная связка, д — поджелудочная железа, е — зонд. I — первый ряд швов, II — второй ряд швов, III — третий ряд швов.

Таблица 1

Операции, выполненные с применением инвазивного эзофагoduоденоанастомоза

Операции	Число больных	Пол		Осложнения	
		жен.	муж.	абс.	%
Расширенные и комбинированные	5	3	2	1	5,9
Комбинированные	3	2	1	1	5,9
Расширенные	3	—	3	—	—
Экстирпации	5	4	1	—	—
Экстирпация культи с желчным пузырем и поджелудочной железой	1	1	—	1 (больная умерла)	5,9
Всего	17	10	7	3	17,6

ния пищевода с двенадцатиперстной кишкой (табл. 1).

70,6% операций дифференцировались как расширенные, комбинированные и сочетание этих двух видов. Осложнения наблюдались в 3 (17,6%) случаях. У первой больной была произведена расширенная комбинированная экстирпация желудка по поводу первично-множественного синхронного рака желудка Т₃ кардиального и Т₂ антрального отдела желудка с удалением хвоста поджелудочной железы, селезенки и LCA лимф-эктомии. В результате операции развился панкреонекроз, повлекший за собой несостоятельность анастомоза. У второ-

Таблица 2

Данные о характере оперативных вмешательств в зависимости от распространенности опухолевого процесса и возраста больных

Расширенные, комбинированные			Экстирпация желудка	
возраст, лет	стадия	удалено	возраст, лет	стадия
56	T4N3MOG3	HLCA + с	51	T3N1M0G3
51	T4N3MOG3	HLCA + с	63	T2N2M0G2
61	T4N3MOG2	HLCA + пж	63	T4N2M0G3
69	T4N3MOG3	LCA + с	75	T2—3N1M0G3
58	T2—4N3MOG2*	LCA + с + пж	53	T1—3N2M0G2

Комбинированные			Расширенные		
возраст, лет	стадия	удалено	возраст, лет	стадия	удалено
70	T4N2MOG2	бк + с	50	T3N3M0G3	LCA
58	T4N2MOG3	с	65	T2N3M0G1	LCA
56	T4N1MOG2**	п	44	T2N3M0G1	LCA

Примечание. Обозначения резекции: пж — поджелудочной железы, п — печени, жп — желчного пузыря, с — селезенки, бк — брыжейки поперечной ободочной кишки.

* Операция осложнилась панкреонекрозом, ** кровотечением из раны печени.

При оценке распространенности процесса использована предложенная М.З. Сигалом и соавт. [3] классификация зон N₃ внесвязочного регионарного лимфогенного метастазирования, адекватная оценке хирургической тактики лечения (группы лимфоузлов приводятся по классификации Японской Ассоциации по Раку Желудка [5]: Н — цепь лимфоузлов по ходу печеночно-двенадцатиперстной связки (8, 12-я группы); L — по ходу селезеночных сосудов (10 и 12-я группы); С — по ходу чревного ствола (9 и 14-я группы); А — парааортальные лимфоузлы (16-я группа). Лимфоузлы ниже края поджелудочной железы и лимфоузлы брыжейки тонкого и толстого кишечника считаются отдаленными метастазами.

Прооперировано 17 больных (мужчин — 41,2%, женщин — 58,8%) с применением данного способа анастомозирова-

го больного после комбинированной ЭЖ с резекцией печени возникло кровотечение из раны печени. Данные осложнения были купированы релапаротомией. Умерла одна (5,9%) больная в возрасте 47 лет от острой почечной недостаточности на 5-е сутки после экстирпации культи желудка с левой половиной поджелудочной железы, желчным пузырем (до операции не распознана почечная патология). Хирургических осложнений у нее не было. Среднее время операции составило 136 минут. Данные о стадии процесса и характере ЭЖ, возрастные характеристики больных приведены в табл. 2. Больные в возрасте старше 50 лет составили 82,4%.

При расширенных комбинированных экстирпациях производилось удаление части органов (условные обозначения приведены под таблицей) и лимф-эктомии, при комбинированных — только

резекция части органов без лимфодиссекции, при расширенных — только лимфодиссекция.

Отдаленные результаты лечения больных после ЭЖ с прямым эзофагодуоденоанастомозом были прослежены у 13 пациентов. Прожили после операции в течение одного года 4 человека, двух лет — 2, трех лет — один, четырех лет — один. Находятся под наблюдением в настоящее время 5 человек: в течение одного года — 3, 2 лет — один, 8 лет — один.

Для сравнения взята группа из 17 больных, прооперированных автором статьи с применением инвагинационного эзофагоэюноанастомоза (7 чел.) и анастомоза по Сигалу — 5-й вариант (10). Стадийность процесса и условия проведения операции были идентичными. Средняя продолжительность операции составила 195 минут, что на 59 минут больше, чем по предложенному способу.

ВЫВОДЫ

1. Интегрированность основных методов восстановления пассажа пищи после экстирпации желудка позволила разработать и реализовать способ формирования эзофагодуоденоанастомоза.

2. Предварительные результаты такого типа операции свидетельствуют о достаточной надежности анастомоза и обеспечения физиологического пассажа пищи.

3. Предложенный метод анастомозирования пищевода с двенадцатиперстной кишкой при раке желудка позволяет сократить время операции за счет уменьшения хирургических манипуляций на восстановительном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н., Ахмедов Б.П. // Вестн. АМН СССР. — 1962. — №6. — С. 49—54.
2. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. и др. // Практич. онкол. — 2001. — №3(7). — С. 18—24.
3. Сигал М.Э., Ахмедзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. — Казань, 1987.
4. Цацаниди К.Н., Богданов А.В. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы. — М., 1969.
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma — 2^d English edition // Gastric Cancer. — 1998. — Vol. 1. — P. 10—25.

Поступила 04.05.02.

INVAGINATIONAL ESOPHAGODUODENOSTOMOSIS IN GASTRIC CARCINOMA

F.G. Ovchinnikov

S u m m a r y

Esophagoduodenostomosis is suggested when esophagus and duodenum anastomosed by double-row interrupted suture are invaginated into clear space of the latter, by three row interrupted suture between peritoneum with holding the muscular wall of the diaphragm esophageal foramen diaphragm crura on the one hand and seromuscular layer of duodenum — on the other hand. In this case load from esophageal-intestinal sutures is transferred to the suture line between diaphragm and duodenum wall. Food passage on duodenum is reserved, peritonization of anastomosis line is performed. The operation is carried out in one anatomic area, gastric its duration is decreased.

УДК 616. 728. 3 - 089. 8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.И. Кудрявцев, Ю.А. Плаксейчук

Научно-исследовательский центр Татарстана
“ВТО” (директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров), г. Казань

На различных этапах истории хирургии связочного аппарата коленного сустава приоритетными считались разные способы лечения передней нестабильности. На сегодняшний день предложено более 60 методов, однако частота неудовлетворительных исходов, преследующая практически любой, кажущийся надежным способ, определяла необходимость дальнейшего поиска рациональных решений этой проблемы. Малотравматичность оперативного вмешательства и быстрое восстановление функции сустава до сих пор остаются

актуальными задачами и не уступают по важности конечной цели — устранению симптомов нестабильности.

Целью нашего исследования являлась клиническая оценка метода наружной экстраартикулярной реконструкции коленного сустава (НЭАР). Данный метод относится к внесуставному вмешательству и предусматривает формирование из части илиотибиального тракта “наружной феморотибиальной связки”, дублирующей функцию передней крестообразной связки (ПКС).

В отделении патологии крупных сус-