

Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Розин Б.Г., Лейга А.В.

ВСЕГДА ЛИ НЕОБХОДИМО УШИВАТЬ МЕЗОКОЛОН?

Кафедра детской хирургии и ортопедии (зав. — проф. Г.И. Чепурной) Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России, 344022, Ростов-на-Дону, Россия

Для корреспонденции: Чепурной Геннадий Иванович, chepur@rambler.ru
For correspondence: Chepurnoy Gennadiy, chepur@rambler.ru*В клинике детской хирургии Ростовского медицинского университета у 20 детей с атрезией и рубцовыми стриктурами пищевода при эзофагопластике не ушивали «окно» в мезоколоне после выкраивания толстокишечного трансплантата и восстановления непрерывности толстой кишки. При сравнительном анализе с группой детей, оперированных по традиционной методике, отмечено меньшее число осложнений в отдаленные сроки послеоперационного периода у больных без ушивания мезоколона и отсутствие влияния этой методики на течение ближайшего периода после операции.*

Ключевые слова: толстокишечная эзофагопластика; мезоколон.

Chepurnoy M.G., Chepurnoy G.I., Katsupееv V.B., Rozin B.G., Leiga A.V.

IS IT NECESSARY TO ALWAYS SUTURE MESOCOLON?

Rostov State Medical University, 344022, Rostov-on Don, Russia

We did not suture the “window” and mesocolon in 20 children with atresia and cicatricial strictures of oesophagus undergoing esophagoplasty after harvesting a colonic transplant and restoration of colon continuity. Comparison with the children treated by traditional surgery showed a decreased frequency of long-term complications and the absence of unwanted effects of the proposed method on the clinical course of the immediate postoperative period.

Key words: colon oesophagoplasty; mesocolon.

Законы хирургии требуют после завершения основных этапов операции восстановления анатомии тех областей, которых коснулось хирургическое вмешательство. Это положение воспринимается хирургами как само собой разумеющееся, доходящее порой до автоматизма, в то время как резонно остановиться и поставить вопрос: а стоит ли в данной ситуации это делать? Нередко оказывается, что такое восстановление делать просто нецелесообразно. Как показывает клинический опыт, это в ряде случаев производить нерационально, что, казалось бы, противоречит хирургическим традициям и постулатам. Такое положение касается в первую очередь больных, у которых производится эзофагопластика. Мы не хотим слишком обобщать это положение, но думаем нелишне будет поделиться своим опытом применения подобных хирургических вмешательств в эзофагопластической хирургии.

Цель работы — упростить технику выполнения абдоминального этапа эзофагопластики за счет оставления неушитыми «окна» в мезоколоне.

Хирургические законы восстановления непрерывности толстой кишки после выкраивания трансплантата из поперечно-ободочной кишки при эзофагопластике предусматривают обязательное ушивание образующегося при этом «окна» в мезоколоне [1—3]. Хирурги, заканчивая операцию, почти не задумываясь, стремятся восстановить целостность брыжейки, тщательно сшивая ее края. Однако как трудно иногда это сделать! В трансплантат включается, как правило, печеночный и селезеночный углы толстой кишки, поэтому, чтобы сблизить кишечные концы для анастомозирования, при восстановлении проходимости толстокишечной трубки приходится мобилизовывать

илеоцекальный и нисходящий отделы толстой кишки, рассекая боковые каналы брюшной полости.

Особые трудности возникают со стороны левого края мезоколона. Медиальный брюшинный листок мезоколона, остающийся после рассечения бокового канала при мобилизации селезеночного угла толстой кишки, во всех случаях чрезвычайно тонкий и содержит между листками брюшины большое количество сосудов, обеспечивающих кровоснабжение нисходящего и сигмовидного отделов толстой кишки.

Правый край мезоколона, напротив, хорошо выражен. Он содержит достаточное количество жировой ткани вместе с лимфоузлами, которые используются для наложения брыжеечных швов. Проходящие в этой зоне подвздошно-толстокишечные сосуды, как правило, располагаются несколько книзу, и захватить их в шов практически невозможно.

Тем не менее для сближения краев мезоколона после выкраивания трансплантата необходимо достаточно широко мобилизовать корень брыжейки в забрюшинном пространстве, чтобы наложить швы с допустимой степенью натяжения брюшины. Эта степень натяжения повышается еще и потому, что стежки слева проходят не через край мезоколона, а накладываются в виде матрачных швов и располагаются латеральнее брюшинного края в межсосудистых промежутках. С помощью матрачных швов берется больший массив тканей, что повышает прочность каждого из наложенных швов.

Все эти анатомические особенности правого и левого листков брюшины определяют технические особенности их сшивания. Если к тому же учесть, что в этой зоне располагается сосудистая ножка трансплантата, включающая левые толстокишечные артерию и

вену, ранение которых может перечеркнуть всю эзофагопластику, становится понятной вся сложность и ответственность этого этапа хирургического вмешательства. Справа нужно отыскать бессосудистые места в жировой клетчатке и среди лимфоузлов, чтобы сделать стежки; слева нужно использовать матрачные швы в межсосудистых промежутках с целью увеличения тканевой массы. При этом необходимо непрерывно следить за сосудистой ножкой трансплантата, чтобы не травмировать ее. Сшивание краев мезоколона требует наложения 5—6 отдельных узловых швов. При этом нет никакой уверенности в надежности наложенных швов. Этот этап хирургического вмешательства требует от 15 до 20 мин напряженного труда. Известны случаи прорезывания одного или нескольких швов с проскальзыванием в образующееся отверстие петли тонкой кишки и развития кишечной непроходимости [4].

Восстанавливая мезоколон, мы создаем условия для возникновения указанных выше осложнений в послеоперационном периоде, так как трудно рассчитать степень напряжения на каждый из наложенных швов в области брюшинных листков, особенно при развитии послеоперационного пареза кишечника, когда риск прорезывания швов значительно возрастает.

Материалы и методы

Как показал клинический опыт, этого можно избежать, если не ушивать «окно» в мезоколоне. Мысль о возможности оставления неушитыми отверстия в мезоколоне после выкраивания толстокишечного трансплантата из поперечно-ободочной кишки возникла в связи с оставлением в брюшной полости сегмента брыжейки толстой кишки, содержащей левые толстокишечные артерию и вену и являющейся питающей ножкой трансплантата. Она не фиксируется ни к каким анатомическим образованиям брюшной полости и со всех сторон оказывается окруженной петлями тонкой кишки.

Клинический опыт свидетельствует о том, что эта изолированная часть мезоколона, как правило, не является источником избыточного спайкообразования в брюшной полости, приводящего к спаечной болезни кишечника, а также к его странгуляционной непроходимости. Все это послужило основанием для того, чтобы предпринять попытку не ушивать дефект в мезоколоне после выкраивания трансплантата из поперечно-ободочной кишки, значительно упрощая абдоминальный этап эзофагопластики (см. рисунок).

Восстановленная толстая кишка свободно лежит в брюшной полости; в большом дефекте мезоколона также свободно располагаются петли тонкой кишки. Пожалуй, единственным условием наложения концевого толсто-толстокишечного анастомоза является его совершенно свободное положение в брюшной полости. В линии швов анастомоза не должно быть никакого натяжения тканей. Это зависит прежде всего от хорошей мобилизации сшиваемых кишечных концов, которую производят рассечением боковых каналов брюшной полости. Однако эти рассечения не такие протяженные, как при ушивании мезоколона, а следовательно, в брюшной полости создается меньше открытых раневых участков, которые могут служить источниками спайкообразования. Дополнительно мы накладываем лишь один шов на брыжейку в области брыжеечного края кишечных концов, чтобы брыжеечный угол анастомоза не испытывал никакого напряжения.

Этим приемом значительно упрощается само хирургическое вмешательство, а время всей эзофагопластики сокращается на 15—20 мин.

Такого рода хирургические вмешательства выполнены в нашей клинике у 20 больных: с послеожоговыми рубцовыми

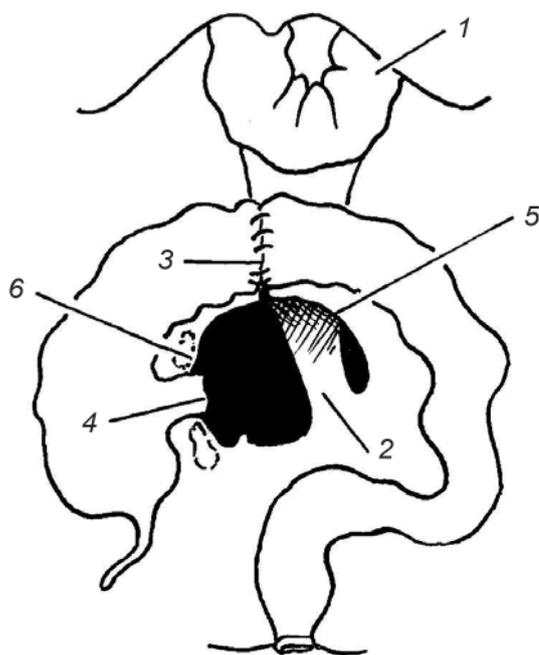


Схема оставления неушитыми отверстия в мезоколоне в брюшной полости после завершения эзофагопластики.

1 — толстокишечный трансплантат; 2 — сосудистая ножка трансплантата; 3 — межкишечный анастомоз; 4 — подвздошная кишка; 5 — левый край мезоколона; 6 — лимфоузлы правого края мезоколона.

сужениями ($n = 13$) и атрезиями ($n = 7$) пищевода. Эта группа больных явилась основной. Группу сравнения составили дети ($n = 30$), оперированные по методике ушивания «окна» в мезоколоне. Их истории болезни были взяты из архивного материала.

Результаты и обсуждение

Сравнение основных параметров течения послеоперационного периода у больных этих групп показало следующее (см. таблицу). Ближайший послеоперационный период был практически одиноковым: к 3-м суткам после операции уменьшалось количество содержимого желудка, оттекающего через гастростомическую трубку, до 10 мл/кг в сутки. Также на 3-и сутки начинали отходить газы и кал из прямой кишки. Живот все время оставался невздутым, мягким при пальпации, умеренно болезненным, на 2-е сутки начинали хорошо выслушиваться в животе перистальтические шумы. Фебрильная температура держалась в течение первых 2 сут после операции, переходя на субфебрильные цифры в течение последующих 3 сут. Антибиотики широкого спектра действия больные получали на протяжении всего периода повышенной температуры.

С целью профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости родителям разрешали на 3-и сутки брать маленьких детей на руки, а более старшим разрешали садиться и ходить по палате. Для стимуляции двигательной активности кишечника с 3-х суток больные получали церукал.

Как видно из таблицы, параметры восстановления перистальтики желудочно-кишечного тракта и уменьшения объема желудочного содержимого, вытекающего через назогастральный зонд, до 10 мл/кг после эзофагопластики были одинаковыми в обеих

Сравнение показателей эзофагопластики у больных основной ($n = 20$) и контрольной ($n = 30$) групп

| Показатели эзофагопластики | Основная группа | | Контрольная группа | | χ^2, p |
|--|-----------------|-----|--------------------|-----|-------------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Время операции 2,40—2,45 ч | 20 | 100 | — | — | 50, <0,001 |
| Время операции 3 ч | — | — | 30 | 100 | 50, <0,001 |
| Восстановление перистальтики кишечника на 3-и сутки после операции | 20 | 100 | 30 | 100 | 1,62, 0,20 |
| Объем желудочного содержимого 10 мл/кг на 3-и сутки после операции | 20 | 100 | 30 | 100 | 1,62, 0,20 |
| Острая кишечная непроходимость | — | — | 1 | 3,3 | 0,68, 0,41 |
| Спаечная болезнь кишечника | — | — | 3 | 10 | 2,13, 0,14 |

группах на 3-и сутки после операции. Возникшая у одного больного контрольной группы ранняя острая кишечная непроходимость была связана с прорезыванием одним швом краев мезоколона, образованием отверстия, через которое проскользнула петля тонкой кишки с последующим ее ущемлением. Релапаротомия закончилась устранением непроходимости без резекции кишки и выздоровлением пациента. Приступы спаечной кишечной непроходимости у 3 больных контрольной группы до настоящего времени купируются медикаментозно.

Заключение

После выкраивания толстокишечного трансплантата при эзофагопластике у больных с атрезией или рубцовым сужением пищевода целесообразно не производить ушивания мезоколона. Оставление в брюшной полости открытым дефекта в брыжейке толстой кишки исключает условия для возникновения послеоперационной тонкокишечной непроходимости, укорачивает время хирургического вмешательства, упрощая его техническое исполнение, не изменяет процесса восстановления перистальтики желудочно-кишечного тракта после операции.

Необходимо признать, что в некоторых случаях нецелесообразно стремиться во что бы то ни стало восстанавливать анатомию, разрушенную хирургиче-

ским вмешательством. Следует находить наиболее рациональные взаимоотношения остающихся после операции органов. Главным в таких ситуациях является соблюдение основного принципа общей хирургии — обеспечение функциональной полноценности оперированного органа и всего организма как единого целого. В каждом хирургическом вмешательстве, вероятно, можно найти этапы, которые должны получить новое осмысление и неординарные хирургические решения. С реализации этих позиций начинается превращение хирургии из ремесла в творчество, искусство, науку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. *Неотложная хирургия детей*. М.: Медицина; 1983.
2. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. *Атлас операций у новорожденных*. Л.: Медицина; 1984.
3. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. *Атлас онкологических операций*. М.: Медицина; 1987.
4. Шишкина Т.Н., Киргизов И.В., Шишкин И.А., Шахтарин А.В. Результаты хирургического лечения детей с атрезиями тонкой кишки, приведших к развитию синдрома короткой кишки. *Детская хирургия*. 2014; 1: 19—21.

Поступила 23.06.14

REFERENCES

1. Bairov G.A. *Urgent Pediatric Surgery [Neotlozhnaya khirurgiya u detey]*. Moscow: Meditsina; 1983 (in Russian).
2. Bairov G.A., Doroshevskiy Yu.L., Nemilova T.K. *Atlas of Operations in Newborns [Atlas operatsiy u novorozhdennykh]*. Leningrad: Meditsina; 1984 (in Russian).
3. Peterson B.E., Chissov V.I., Paches A.I. *Atlas of Oncological Operations [Atlas onkologicheskikh operatsiy]*. M.: Meditsina; 1987 (in Russian).
4. Shishkina T.N., Kirgizov I.V., Shishkin I.A., Shakhtarin A.V. Results of children's with small colon atresia surgical treatment, leading to the "Short Intestine" syndrome. *Detskaya khirurgiya*. 2014; 1: 19—21 (in Russian).

Received 23.06.14