

УДК 616.329-089

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА СОЗДАНИЯ ШЕЙНОГО ПИЩЕВОДНОГО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

© 2006 г. М.Ф. Черкасов, Х.Е. Хлиян, Ю.М. Старцев, Д.М. Черкасов

Цель исследования – экспериментальное обоснование двухэтапного способа создания пищевода толстокишечного анастомоза.

Материал и методы. Исследование выполнено на 60 лабораторных крысах, средняя масса животных составила $220 \pm 15,2$ г, возраст 6 мес. При выполнении эксперимента пользовались набором микрохирургических инструментов и очками с 4-кратным увеличением. Эксперименты осуществляли следующим образом: у животных на 1-м этапе мобилизовали слепую кишку с сохранением краевого сосуда. Дистальный участок подвздошной кишки 2–3 серозно-мышечными швами подшивали к передней стенке слепой кишки. Путем прецизионного препарирования пищевода отверстия диафрагмы и сагиттальной диафрагмотомии длиной до 0,5 см мобилизовали наддиафрагмальный и ретроперикардиальный сегменты пищевода. Под пищеводом проводили турникет и выводили его ретроперикардиальный сегмент в брюшную полость. На передней полуокружности пищевода и слепой кишке десерозировали площадки длиной до 0,7 и шириной до 0,5 см. Затем проксимальнее десерозированной площадки на пищевод нитью шва держалки слепой кишки накладывали серозно-мышечный шов, так что десерозированные участки совпадали, нити завязывали и использовали как держалку. Затем накладывали еще 5 швов на равном расстоянии друг от друга. На 2-м этапе, через 7 дн., по предыдущему разрезу вскрывали брюшную полость, в желудок проводили термопластический уретральный катетер. Желудок смещали влево, печень – вправо. Рассекали слепую кишку. Края разреза прошивали держалками, вводили до купола слепой кишки электрохирургический крючок, продольно рассекали заднюю стенку кишки в проекции десерозированного участка.

Результаты. Гистологическое исследование позволило оценить состояние пищевода-толстокишечного анастомоза в различные сроки (1, 7, 14, 20 и 30-е сут после проведения второй операции). Полученные дан-

ные гистологического исследования зоны анастомоза, прилегающих участков пищевода и толстой кишки показывают, что в слизистой оболочке в области вновь сформированного соустья происходит последовательное развитие фаз асептического воспаления.

Во всех изученных наблюдениях заживление анастомоза происходило первичным натяжением, что обуславливало достаточную физическую и биологическую герметичность. Было создано полноценное пищеводно-кишечное соустье без тенденции к рубцовой деформации и сужению в отдаленные сроки.

Вследствие малой травматизации тканей электрохирургическим крючком дистрофические и некробиотические изменения клеток и волокон были минимальны. Первичная реакция тучных клеток и сосудов микроциркуляторного русла относительно слаба, поэтому экссудация умеренна и имела преимущественно серозный характер (так называемый травматический отек). Нейтрофильная и макрофагальная фазы воспаления укорочены вследствие небольшой концентрации медиаторов, определяющих хемотаксис этих клеток. Это приводит к быстрому очищению ткани и переходу к пролиферативной фазе воспаления. Пролиферация фибробластов и новообразование капилляров не столь интенсивны, грануляционная ткань не образуется, рубец быстро созревает и инволюционирует.

К моменту проведения повторной операции наблюдаются признаки хорошего заживления между десерозированными участками толстой кишки и пищевода, что очень важно для дальнейшей состоятельности анастомоза. Наличие шовного материала не оказало существенного влияния на сроки заживления анастомоза.

Вывод. При выполнении пищевода-толстокишечного анастомоза во время пластики пищевода целесообразно накладывать двухэтапные анастомозы с использованием электрохирургического крючка.