

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.329-089.844

Б.И.Мирошников, Н.В.Ананьев, Н.В.Галкина, Ю.Н.Ширяев

ЭЗОФАГОПЛАСТИКА ПРИ НЕСТАНДАРТНОЙ СИТУАЦИИ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — д-р мед. наук Н.Ю.Коханенко) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии на базе Мариинской больницы и Покровская больница (главврач — канд. мед. наук О.Г.Хурцилава), Санкт-Петербург

Ключевые слова: эзофагопластика, резецированный желудок, «ущербная» тощая кишка, резецированная прямая кишка, резервуар из сигмовидной кишки.

В настоящее время методика эзофагопластики разработана достаточно хорошо. В качестве пластического материала предпочтение отдается желудку. Если применение последнего невозможно, то прибегают к одному из видов кишечной пластики. Но как быть, когда и желудок, и тонкая, и толстая кишка изменены в результате произведенных ранее операций? Сведений по этому вопросу в доступных нам публикациях мы не встретили. В своей клинической практике (более чем 500 радикально оперированных больных по поводу рака пищевода) мы впервые столкнулись с такой ситуацией и сочли возможным поделиться данным наблюдением на страницах печати.

Больной З., 70 лет, поступил в клинику 20.05.2004 г. для решения вопроса о производстве операции по поводу рака пищевода. Рост пациента 170 см, масса тела — 49 кг. Дефицит массы тела — 21 кг. Раковая опухоль располагалась на границе средней и нижней третей грудного отдела пищевода, имелся одиночный метастаз в лимфатическом узле параэзофагеальной клетчатки T2N1M0.

Сложность ситуации заключалась в том, что 40 лет назад по поводу язвенной болезни больной перенес дистальную резекцию желудка с формированием гастроэнтероанастомоза на длинной петле с дополнительным брауновским соустьем. В 2000 г. по поводу рака прямой кишки произведена предельно низкая передняя резекция с формированием резервуара из сигмовидной кишки. В 2004 г. поставлен искусственный тазобедренный сустав в связи с переломом шейки бедренной кости.

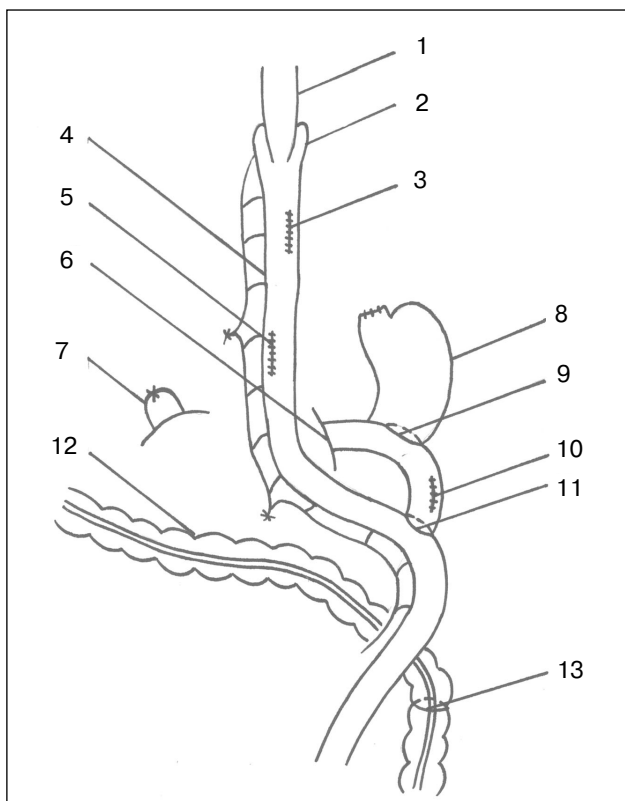
Учитывая ограниченность ракового поражения и относительно удовлетворительное состояние сердечно-легочной системы, больного решено оперировать.

Операция предпринята 28.05.2004 г. Верхняя срединная лапаротомия. В надчревной области — умеренный спаеч-

ный процесс. Остальные отделы брюшной полости интактны, тазовая брюшина хорошо выражена, толстокишечный резервуар из сигмовидной кишки располагается под нею. Культи желудка обычных размеров, желудочно-кишечный анастомоз сформирован на длинной петле позади поперечного отдела ободочной кишки. Ниже него на 15–20 см имеется межкишечный анастомоз. Проксимальные петли тощей кишки викарно расширены. В данной ситуации определенно высказаться об ангиоархитектонике тонкой кишки и возможности ее использования для эзофагопластики не представлялось возможным.

При ревизии толстой кишки констатировано, что сигмовидная кишка не визуализируется, селезеночный изгиб низведен, левая ободочная артерия отсутствует. Хорошо выражены а. colica media в виде трех стволов и верхняя ветвь сигмовидной артерии.

Принято решение сформировать трансплантат для эзофагопластики из левой половины ободочной кишки. Для этого произведены соответствующие пробы с пережатием различных сосудов. Убедившись, что кровоснабжение из средней ободочной артерии будет достаточным, левая половина ободочной кишки была мобилизована и пересечена на уровне начального отдела сигмовидной кишки. Однако вскоре было констатировано, что пульсация сосудов дистального отрезка мобилизованной толстой кишки на протяжении 16–18 см прекратилась. Этот участок кишки вынужденно пришлось удалить и восстановить непрерывность толстой кишки путем наложения трансверзосигмоанастомоза. В связи с создавшейся ситуацией от использования для пластики правой половины ободочной кишки отказались. Оставалась единственная надежда на тонкую кишку. Однако оценка анатомического строения сосудов ее брыжейки была невозможна без разобщения обоих ранее сформированных анастомозов. Поэтому последовательно ликвидированы желудочно-кишечный и межкишечный анастомозы. Образовавшиеся три раны на тощей кишке зашиты в продольном направлении двухрядным швом (отдельно накладывали узловые швы на слизистую и серозно-мышечную оболочки). Осмотр брыжеечных сосудов свидетельствовал о возможности формирования тонкокишечного трансплантата достаточной длины. Для этого перевязаны вторая и третья тонкокишечные артерии, а тощая кишка пересечена на 10–12 см ниже pl. duodenojejunalis. Сформирован трансплантат длиной 30–35 см с достаточным кровоснабжением из четвертой тонкокишечной артерии. Далее наложен анастомоз между культей желудка и оставшимся



Эзофагопластика при нестандартной ситуации.

1 — пищевод; 2 — инвагинационный эзофагоэнтероанастомоз; 3 — зашитая рана тонкой кишки после разобщения гастроэнтероанастомоза; 4 — тонкокишечный трансплантат; 5 — зашитая рана тонкой кишки после разобщения энтероэнтероанастомоза; 6 — *plica duodenojejunalis*; 7 — культя двенадцатиперстной кишки; 8 — культя желудка; 9 — гастроэнтероанастомоз; 10 — зашитая рана тонкой кишки после разобщения энтероэнтероанастомоза; 11 — энтероэнтероанастомоз «конец в бок»; 12 — ободочная кишка; 13 — трансверзосигмоанастомоз.

проксимальным отрезком (10 см) тощей кишки по типу «конец в бок».

Торакотомия справа по пятому межреберью. Пищевод выделен вместе с клетчаткой средостения и резецирован в куполе плевры. Тонкокишечный трансплантат переведен в грудную полость, и сформирован инвагинационный пище-

водно-кишечный анастомоз. В брюшной полости наложен анастомоз между проксимальным отделом тощей кишки и трансплантатом по типу «конец в бок». Окончательный вид представлен на рисунке.

Послеоперационный период протекал крайне тяжело. В течение первых 9 дней это было связано с обширной правосторонней нижнедолевой пневмонией. Затем развилась желчная гипертензия с подъемом содержания билирубина в крови до 420 ммоль/л, увеличением желчного пузыря и общего желчного протока до 16 мм. Заподозрено механическое препятствие на уровне большого сосочка двенадцатиперстной кишки (камень?). Срочно произведена холецистостомия. Удалено 180 мл темно-коричневой жидкости без запаха. После этого явления интоксикации быстро пошли на убыль, а состояние больного заметно стало улучшаться. Через 5 сут содержание билирубина снизилось до нормальных показателей, общий желчный проток сократился до 8 мм. Фистулография свидетельствовала о хорошей проходимости внепеченочных желчных протоков с поступлением контрастирующего вещества в двенадцатиперстную кишку.

Таким образом, тяжесть состояния больного в послеоперационном периоде была обусловлена не только пневмонией, но и холангитом. Мы полагаем, что он носил ферментативный характер. Причиной развития холестаза и заброса панкреатического и кишечного содержимого в желчные протоки, по-видимому, являлся внезапно развившийся дуоденостаз, вызванный нарушением пассажа кишечного содержимого на участке от *pl. duodenojejunalis* до межкишечного анастомоза. К этому располагали короткий отрезок кишки, не превышавший 10–12 см, обширная зашитая на нем рана после снятия межкишечного соустья и вовлеченность ее в два вновь созданных анастомоза — желудочно-кишечный и межкишечный (см. рисунок). Кроме того, в процессе операции была выполнена стволовая ваготомия, которая могла негативно сказаться на моторной функции проксимального отдела желудочно-кишечного тракта.

Больной выписан на 40-е сутки с хорошо функционирующим тонкокишечным трансплантатом. Спустя 2 года общее состояние пациента удовлетворительное.

Представленное наблюдение свидетельствует о сложности выбора пластического материала для эзофагопластики при определенных отягчающих обстоятельствах и возможности успешного использования тонкой кишки, ранее «участвовавшей» в двух анастомозах.

Поступила в редакцию 26.04.2006 г.