

данное исследование можно проводить экстренно без предварительной подготовки пациента, независимо от состояния больного.

Таким образом, использование СКТА в диагностике ТЭЛА позволяет быстро, не ухудшая состояние больного, уточнить диагноз ТЭЛА, достоверно оценить распространенность и локализацию поражения сосудистого русла, что способствует своевременной и адекватной терапии. МРА, по данным нашего исследования, уступает по эффективности, экономической стоимости и доступности компьютерно-томографическому исследованию. При наличии абсолютных противопоказаний СКТА целесообразно, по нашему мнению, выполнять МРА, при дыхательной недостаточности – СКТА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котельников М.В. Тромбозмобилиа легочной артерии (современные подходы к диагностике и лечению). – М., 2002.
2. Российский консенсус «Профилактика послеоперационных венозных тромбозмобилических осложнений». – М., 2000.

3. Синицын В.Е., Гагарина Н.В., Веселова Т.Н., Терновой С.К. // Тер. арх. — 2003. — №4. — С.25–29.
4. Яковлев В.Б., Яковлева М.В. // Росс. мед. вестн. — 2002. — № 2. — С. 8–12.
5. Gupta A., Fraser C.K., Ferguson J.M. et al. // Radiology. — 1999. — Vol. 210. — С. 353–359.
6. Meaney J.F.M., Weg J.G., Chenevert T.L. et al. // N. Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 336. — P. 1422–1427.
7. Planes A., Vochelle N., Darmon J.Y. et al. // Lancet. — 1996. — Vol. 348. — P. 224–228.
8. Task Force Report. // Europ. Heart. J. — 2000. — Vol. 21. — P.1301–1336.

Поступила 03.05.07.

COMPUTER AND MAGNETIC RESONANCE ANGIOGRAPHY IN DIAGNOSING OF THE PULMONARY EMBOLISM

V.M. Timerbulatov, I.V. Verzakova, E.I. Saifullina,
V.A. Zubairov

Summary

Efficacy of spiral computer tomographic and magnetic resonance angiography to diagnose the pulmonary artery thromboembolism was evaluated in patients with surgical diseases. It was found that magnetic resonance angiography is a good alternative in case of absolute contraindications for spiral computer tomographic angiography.

УДК 616.33 – 006.6 + 616.329] – 089.86

ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

А. Г. Кавайкин, И. В. Сергеев, Р. Р. Магдеев, Д. А. Чичеватов, Ю. И. Зимин

Кафедра онкологии и торакоабдоминальной хирургии (зав. – проф. И. В. Сергеев)
Пензенского института усовершенствования врачей

К сожалению, необходимое одновременное хирургическое вмешательство на брюшной и грудной полостях при проксимальном раке желудка (ПРЖ) с переходом на пищевод и кардиоэзофагеального рака (КЭР) сопровождается большим числом тяжелых, в большинстве фатальных послеоперационных осложнений. Основным и наиболее опасным среди них является несостоятельность пищевода-кишечного (ПКА) или пищевода-желудочного (ПЖА)

анастомоза. По данным литературы, частота несостоятельности ПКА после гастрэктомий (ГЭ) варьирует от 0,5 до 7,5%, летальность при этом достигает 20,0% [1, 4, 6]. После ПРЖ частота несостоятельности ПЖА наблюдается в 8,9–10,8%, летальность – в 30,0% [2, 3, 4].

Целью данного исследования являлась оценка эффективности применяемых ПКА и ПЖА при раке проксимального отдела желудка и пищевода-желудочного перехода.

С 2000 по 2005 г. было прооперировано 354 человека (мужчин – 203, женщин – 151) в возрасте от 28 до 86 лет с РЖ. Из них у 56 (15,82%) больных был диагностирован проксимальный РЖ, у 5 (4,24%) – КЭР: 1-я стадия – у 9, 2-я – у 14, 3-я – у 26, 4-я – у 12. У 44 больных была выполнена ГЭ, у 17 (27,97%) с переходом опухоли на пищевод выше диафрагмального отдела – правосторонняя торакотомия с формированием анастомоза в правой плевральной полости. У 7 больных наложен ПКА, у 10 – ПЖА.

Согласно классификации JRSGC, при локализации опухоли в проксимальном отделе желудка без перехода на пищевод ГЭ сочетают со стандартной лимфодиссекцией в объеме D2 (у 44), при переходе ее на пищевод – удаляют параэзофагеальные, парааортальные и бифуркационные лимфоузлы (у 11), правосторонние паратрахеальные и трахеобронхиальные лимфоузлы (у 6). С целью повышения радикализма лимфодиссекции спленэктомия была выполнена у 13 больных. В связи с опухолью инвазией левосторонняя резекция поджелудочной железы проводилась у 3 больных, атипичная резекция сегментов левой доли печени – у 2, резекция диафрагмы – у 5.

Применялись 2 способа формирования ПКА.

1. При ГЭ и внутрибрюшинном расположении анастомоза у 44 пациентов наложен муфтообразный концепетлевой ПКА типа третьего способа М. З. Сигала на петле тонкой кишки, сформированной по способу Г. В. Бондаря, при которой образуется более широкая площадка для создания муфты вокруг пищевода (рис. 1).

2. При ГЭ и резекции дистального отдела пищевода и внутриплевральном расположении анастомоза у 7 больных наложен муфтообразный концепетлевой ПКА по собственной методике. Суть данного метода заключается в том, что формирование муфты производится серозно-мышечными швами снизу вверх, при этом все швы, захватывающие стенку пищевода, находятся ниже верхнего края муфты (рис. 2). Прецизионное следование методике мобилизации кишки по С. С. Юдину всегда позволяло нам после пересечения 3-4 интестинальных артерий свободно провести сформиро-

ванный в виде ракетки тонкокишечный Ру-сегмент в правую плевральную полость и наложить ПКА на уровне верхней трети ретрокардиального или подбронхиального сегментов пищевода.

При проксимальной резекции желудка и дистальной части пищевода у 10 больных была сформирована муфта ПЖА по аналогичной методике. Анастомоз пищевода и желудка принципиально ничем не отличается от техники наложения анастомоза пищевода и тонкой кишки с той лишь разницей, что приводящую и отводящую кишечные петли перед наложением анастомоза сшивают между собой, а желудок, будучи широким органом, непосредственно готов к наложению анастомоза.

Особенность выбора метода формирования анастомоза при внутрибрюшинном и внутриплевральном расположении заключалась в следующем.

1. При внутрибрюшинном расположении ПКА сформированная широкая апикальная часть Т-образной кишечной петли позволяет в более выгодных условиях фиксировать заднюю стенку муфты к диафрагме и тем самым полностью отграничить анастомоз от брюшной полости. Срез пищевода производят под углом к продольной оси и при этом оставляют более длинным заднее ребро пищевода, что позволяет удалить участок с худшим сосудистым обеспечением и предупреждает развитие рубцовых стриктур анастомоза.

2. При внутриплевральном расположении анастомоза более удобен косой срез, при этом также оставляют более длинным переднее ребро пищевода, особенно при анастомозировании с таким полым органом, как желудок. Формирование муфты швами снизу вверх способствует более плотному охвату пищевода, создавая надежную ее герметичность.

Общая послеоперационная летальность составила 3,28%. Один больной умер от прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности, один – от интоксикации и полиорганной недостаточности, связанной с некрозом сформированной по Ру петли тонкой кишки при наложенном внутриплевральном анастомозе.

Послеоперационные осложнения возникли у 10 (16,39%) больных: некроз

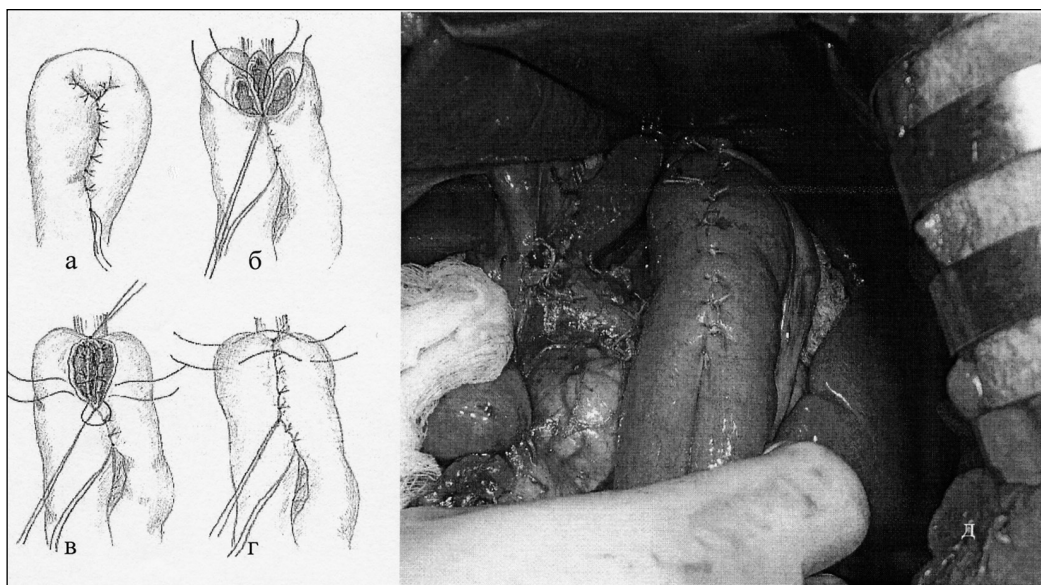


Рис.1. Этапы формирования муфтообразного ПКА типа Сигала-Бондаря: а – сформированная Т-образная петля тонкой кишки; б – между нижними краями рассеченных участков обеих кишечных петель и нижним краем среза пищевода накладывают замыкающий узловой шов, узловыми швами от нижнего края резекционной линии пищевода (замыкающего шва) формируют правую, а затем и левую стороны задней губы анастомоза до верхнего края среза пищевода; в – формирование передней губы анастомоза; г – формирование муфты вокруг пищевода и укрытие швов анастомоза приводящей и отводящей петлями тонкой кишки; д – окончательный вид анастомоза.

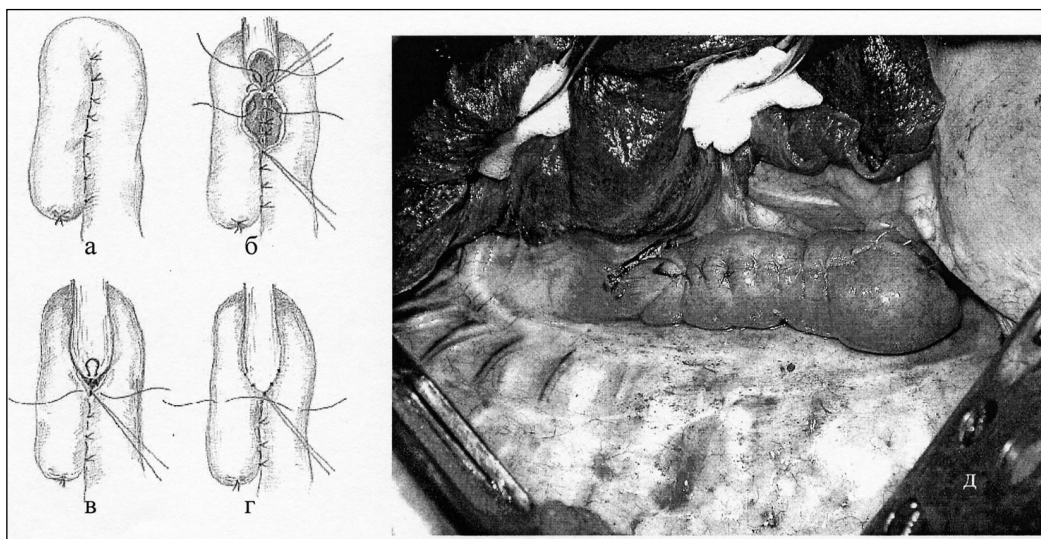


Рис. 2. Этапы формирования муфтообразного ПКА в собственной модификации: а – сформированный в виде ракетки тонкокишечный Ру-сегмент; б – сформированная задняя губа анастомоза узловыми швами снизу вверх, верхний шов со сквозным захватом заднего ребра пищевода, наложены первые швы между стенками кишки и пищеводом на правую и левую полуокружности соустья; в – завершение формирования анастомоза с наложением последнего шва на латеральные края разреза приводящей и отводящей кишечных петель со сквозным захватом переднего угла пищевода; г – наложен первый шов кишечной муфты, далее выше первого шва последовательно снизу вверх накладывают еще 3-5 замыкающих муфту швов, при завязывании каждого последующего шва верхний край муфты поднимают вверх, увеличивая степень натяжения кишки вокруг пищевода; д – окончательный вид анастомоза.

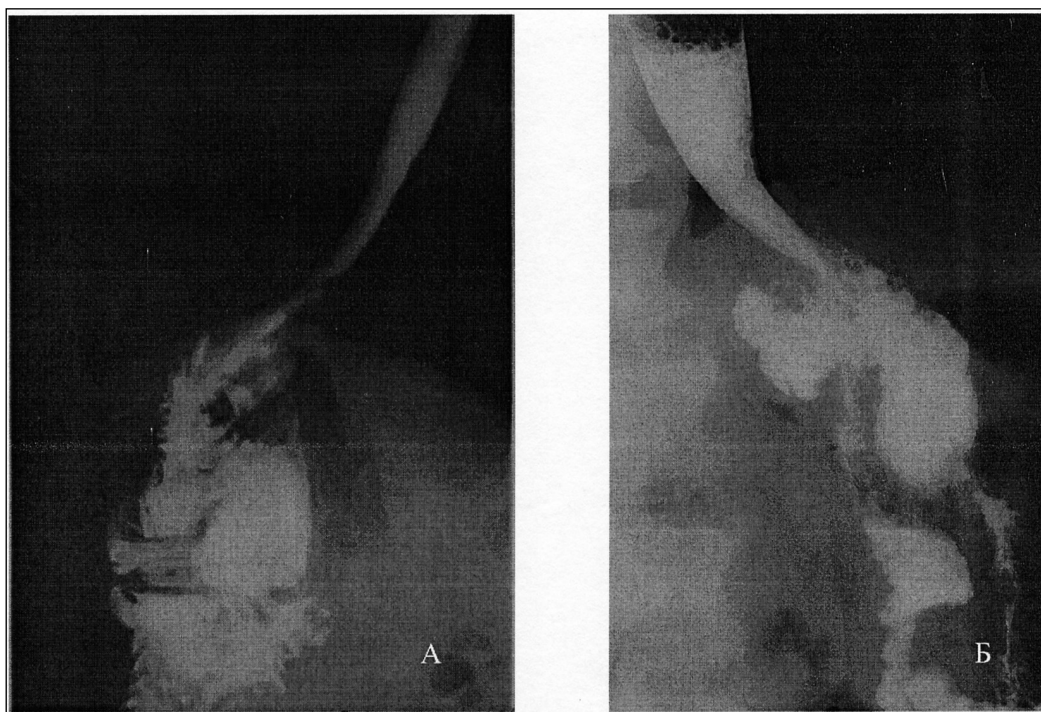


Рис. 3. Рентгенограмма (боковая проекция) больного Б., пищеводно-кишечный анастомоз выше диафрагмы (А); рентгенограмма больного Ж., пищеводно-кишечный анастомоз ниже диафрагмы (Б).

тонкокишечного трансплантата – у 1, панкреатит – у 2, абсцесс брюшной полости – у 2, спаечная кишечная непроходимость – у 1, пневмония – у 3, нагноение раны – у 1. Ни у одного больного не была зафиксирована несостоятельность ПКА или ПЖА. Возможно, подобный благоприятный результат связан с небольшим количеством наблюдений. Однако при использовании анастомоза по Сигалу–Бондарю несостоятельность ПКА мы диагностировали только у 4 (1,34%) из 298 больных, оперированных по поводу РЖ, с летальным исходом у 2 больных. Кроме того, мы не получили ни одного случая несостоятельности ПКА и ПЖА при 34 операциях в собственной модификации, выполненных по поводу рака пищевода, что свидетельствует, на наш взгляд, о достаточной надежности применяемых анастомозов.

Важным моментом, влияющим не только на радикальность резекционного этапа операции, но и на механическую надежность формируемого внутриплеврального анастомоза при проксимальном РЖ с переходом на пищевод и КЭР считаем адекватность выбора операционного доступа. В пос-

ледние годы мы отказались от доступа Гарлока ввиду его травматичности и некоторого неудобства манипуляций в брюшной полости и операцию выполняем из комбинированного лапаротомного и правого торакотомного доступов. Функциональность накладываемых анастомозов, на наш взгляд, приемлемая: ни у одного больного эндоскопически мы не наблюдали симптомов рефлюкс-эзофагита и рубцового сужения анастомоза. Рентгенологически заброса в пищевод из тонкой кишки в пищевод также не отмечалось; ширина просвета анастомоза не изменялась, в процессе исследования прослеживалась отчетливая эвакуация контраста по дистальным петлям тонкой кишки (рис. 3).

Таким образом, выбор способа формирования анастомоза при проксимальном РЖ без и с переходом на пищевод, а также при КЭР зависит от конкретных условий и не является стандартным. По нашим данным, достаточно надежными являются муфтообразные анастомозы, позволяющие добиться хороших результатов не только в плане механической, но и функциональной состоятельности ПКА и ПЖА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышев А.Г. Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 231.
2. Бердов Б.А., Скоропад В.Ю. Материалы Международного симпозиума «Приоритетные направления противораковой борьбы в России». – Екатеринбург, 2000. – С. 202-203.
3. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Стилиди И.С. и др. Материалы Международного симпозиума «Приоритетные направления противораковой борьбы в России». – Екатеринбург, 2000. – С. 219-220.
4. Истомин Ю.В., Киселев Е.А. Материалы Международного симпозиума «Приоритетные направления противораковой борьбы в России». – Екатеринбург, 2000. – С. 229.
5. Ковалев А.И. Сборник трудов Международного хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 162–163.
6. Langa H., Pisoa P., Stukenborga C. et al. // Eur. J. Surg. Oncol. – 2000. – Vol. 26. – P. 168–171.

Поступила 14.04.07.

ANASTOMOSIS FORMATION DURING SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL GASTRIC AND ESOPHAGOGASTRIC CANCERS

A.G. Kavajkin, I.V. Sergeev, R.R. Magdeev,
D.A. Chichevatov, U.I. Zimin

Summary

The effectiveness of several union-like methods of esophageal-intestinal and esophagogastric anastomosis application has been studied in patients undergoing surgical treatment of proximal gastric cancer with involvement of esophagus, and in distal esophageal cancer. The treatment method was chosen individually, depending on the conditions of the patient and was not considered to be a standard. The union-like anastomosis gave positive results not only in mechanical but also in functional reliability of the anastomosis.

УДК 616.366 – 003.7 – 089.87 – 07

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

А.В. Мартынов, М.Ф. Яушев, С.Н. Прокопьева

Кафедра функциональной диагностики (зав. – доц. С.Н. Прокопьева) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

На сегодняшний день в лечении острого и хронического калькулезного холецистита в клинике широко используются малоинвазивные вмешательства – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и открытая холецистэктомия из минидоступа [3, 4].

Исследование проводилось с целью оценки влияния эндоскопической холецистэктомии на функциональный статус больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и его изменения в процессе реабилитации.

Исходно и на 10–18-й день пребывания в санатории мы изучали состояние функции внешнего дыхания (ФВД), переносимость физической нагрузки и качество жизни больных, находившихся на санаторном этапе реабилитации. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе осуществляли однократную скрининг-оценку состояния внешнего дыхания. Были обследованы 50 больных (39

женщин и 11 мужчин, средний возраст – $49,3 \pm 5,4$ года) после ЛХЭ. На втором этапе для выяснения патогенеза нарушений ФВД, выявленных пикфлоуметрией, проводилось углубленное исследование ФВД, включая спирометрию, анализ петли *поток-объем* форсированного выдоха (ФЖЕЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЕЛ, ПОС, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅, СОС_{75/25}) и оценку бронхиального сопротивления методом перекрытия воздушного потока (R_{occ}). Исследование охватывало 160 больных (120 женщин и 40 мужчин), перенесших ЛХЭ, проводимого исходно при поступлении в санаторий (4–7-й день после операции), а также в динамике через 10–12 и 18–21 день. Средний возраст больных составлял $46,4 \pm 10,2$ года (от 19 до 79 лет), преобладали лица в возрасте от 30 до 60 лет – 141 (88,1%).

Распределение больных по стадиям ЖКБ было следующим: I (начальная, или предкаменная) – 3,1%, II (фор-