

К ВОПРОСУ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ АСЦЕНДОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология ободочной кишки, требующая оперативного вмешательства, является одной из частых среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Разработанная ранее методика формирования колоректального анастомоза после субтотальной дистальной колэктомии не обеспечивает профилактики несостоятельности швов колоректального соустья ввиду сложности анастомозирования различных по диаметру восходящей ободочной и прямой кишок. Также необходимо отметить, что мобилизация и реверсия илеоцекального отдела являются самостоятельной причиной несостоятельности баугиниевой заслонки после субтотальной дистальной колэктомии.

Вследствие этого и возникает необходимость совершенствования формирования асцендоректального анастомоза и выполнения корригирующей операции на илеоцекальном отделе ободочной кишки после субтотальной дистальной колэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальная часть выполнена на 10 экспериментальных животных. После получения удовлетворительных результатов методика внедрена в клинику НИИ гастроэнтерологии. По оригинальной методике прооперировано 17 пациентов. С 1991 по 2003 г. прооперировано 17 больных, из них 11 женщин и 6 мужчин, что составляет 64,7 и 35,3 % соответственно. Возрастной промежуток от 9 до 73 лет. Средний возраст составил $50 \pm 1,06$ лет. В 9 случаях (52,94 %) асцендоректальный анастомоз первично сформирован после субтотальной дистальной колэктомии по поводу мегаколон, хронического копростаз. Двое пациентов (11,76 %) ранее перенесли операцию Гартмана по поводу дивертикулеза толстой кишки. Двоим больным (11,76 %) ранее выполнена операция Гартмана по поводу рака ободочной кишки III ст. Одна пациентка (5,88 %) в детстве перенесла операцию Дюамеля — Баирова по поводу болезни Гиршпрунга. Один пациент (5,88 %) оперирован в плановом порядке ранее по поводу болезни Крона, была выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

Способ осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом из нижнесрединного доступа выполняется субтотальная дистальная колэктомия. Мобилизуется слепая и восходящая кишки путем рассечения и отделения от подлежащей клетчатки латерального края париетальной брюшины. Таким же образом, сохраняя кровообращение в системе подвздошно-ободочной артерии, выделяют париетальную брюшину по

медиальному краю. Затем илеоцекальный отдел и восходящая кишки поворачиваются во фронтальной плоскости против часовой стрелки на 180 градусов и анастомозируются в конец прямой кишки двухрядным швом по собственной методике. После аппендэктомии и погружения культи отростка в кисетный шов бессосудистая зона илеоцекального угла мобилизуется на протяжении 3 см. Отступая от места перехода подвздошной кишки в слепую в проксимальном и дистальном направлениях по 1,5 см, накладываются инвагинационные швы на 2/3 полуокружности терминальных отделов подвздошной и слепой кишок и поочередно завязываются. Операция заканчивается восстановлением целостности тазовой брюшины с фиксацией слепой кишки к париетальной брюшине правой подпеченочной области и дренированием полости малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование разработанной нами методики анастомозирования различных по диаметру восходящей ободочной и прямой кишок позволяет избежать развития несостоятельности соустья за счет преимуществ техники: 1) циркулярное рассечение серозномышечной оболочки по линии резекции обнажает подслизистую основу за счет сокращения мышечного слоя, что позволяет свободно дифференцировать слои кишки «невооруженным» глазом; 2) формирование подобного шва позволяет одновременно адаптировать одноименные слои стенок, добиться наибольшей прочности кишечного шва вследствие плоскостного захвата подслизистой оболочки, при этом не инфицируя стенку кишки и не вскрывая просвет кишок до завершения формирования задней полуокружности соустья; 3) продольное расположение на ободочной и косое на прямой одинаковых по величине стежков позволяет равномерно адаптировать различные по диаметру просветы кишок без ущерба качеству кишечного шва; 4) послойное адаптивное одноименных тканей позволяет добиться заживления первичным натяжением и избежать анастомозита и стриктуры соустья.

Формирование асцендоректального анастомоза по оригинальной методике не вызывает специфических хирургических осложнений (несостоятельность швов соустья), а также позволяет уменьшить до 5,88 % случаев общехирургических осложнений у больных, перенесших субтотальную дистальную колэктомию.

Выполнение профилактической баугинепластики не препятствует естественному прохожде-

нию кишечного содержимого в разные сроки после оперативного вмешательства, а также позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс — энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в клинике разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с профилактической баугинепластикой позволяет получить в отдаленном послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты в 92 % случаев.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Зыков, Н.Э. Куртсеитов

ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

НИИ гастроэнтерологии СГМУ (Северск)

Оперативное лечение рефлюкс-эзофагита заключается, как правило, в переводе операции типа Billroth II в Roux. Однако, несмотря на выполнение операции типа Roux, частота рефлюкс-эзофагита снижается незначительно. Среди причин летальности после гастрэктомии на первом месте стоит недостаточность швов пищевода-кишечного анастомоза (50 — 85 %), послеоперационный рефлюкс-эзофагит возникает у 8,7 — 56,6 %, а по данным некоторых авторов, достигает 96 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью повышения эффективности лечения за счет усиления арефлюксных свойств эзофаго-еюноанастомоза нами предложен новый способ хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии (Патент РФ № 2148958 20.05.2000 г.). Способ осуществляется следующим образом — из верхнесрединного доступа выполняется ревизия и мобилизация отводящей и приводящей петли тощей кишки. Приводящая кишка отсекается на 3 см проксимальнее пищевода-кишечного анастомоза, дистальный конец ее ушивается наглухо, а проксимальный переводится ниже мезоколон. Отводящая кишка пересекается на 14 — 16 см дистальнее пищевода-кишечного анастомоза. Мобилизуется культя двенадцатиперстной кишки. Формируется инвагинационно-клапанный еюнодуоденоанастомоз. В абдоминальном отделе пищевода непосредственно у эзофаго-еюноанастомоза циркулярно рассекается мышечная оболочка пищевода, последняя сокращается, оголяется подслизистая основа на протяжении 10 мм. Отсепарованная на протяжении 10 — 12 мм мышечная оболочка пищевода заворачивается вверх и по краю подшивается в состоянии умеренного натяжения к продольному мышечному слою пищевода. На проксимальном конце сформированного трансплантата выкраивается участок серозно-мышечной оболочки размерами 25 — 30 мм, отсекается и удаляется. При этом большая

часть площадки располагается впереди эзофаго-еюноанастомоза, формируется инвагинационный клапан.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Поведен анализ результатов лечения 23 пациентов в возрасте 43 — 62 лет. Операции выполнялись по поводу рефлюкс-эзофагита III ст. и демпинг-синдрома тяжелой степени.

Всем пациентам в раннем и отдаленном послеоперационном периоде проведено комплексное обследование, включающее в себя лабораторное и инструментальное исследование. Результаты эндоскопического исследования больных через 2 месяца после операции: слизистая оболочка пищевода не изменена, эзофаго-еюноанастомоз сомкнут, свободно проходим, при инсuffляции воздухом раскрывается до 12 — 14 мм. Инвагинационный клапан в виде полулунной складки. Слизистая по линии шва анастомоза не изменена.

При рентгенологическом исследовании через два месяца: контрастная масса свободно проходит по пищеводу, анастомоз перистальтирует, раскрывается до 20 мм, пропускает барий в трансплантат порционно. Эвакуация контраста в ДПК наступает через 3 — 4 мин. Рефлюксов стоя и лежа (в положении Транделенбурга) в трансплантат и пищевод нет. Через полтора часа в трансплантате следы контрастной массы, основная часть ее в петлях тощей кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 2 — 3 месяца больные переходят на обычный стол и 3 — 4-х разовое питание. Результаты операции в отдаленном послеоперационном периоде прослежены у 18 пациентов в сроки от 1 до 5 лет после операции (одна больная умерла через 9 месяцев после реконструктивной операции от рака прямой кишки). Через 3 года после операции работали 10 из 14 пациентов трудоспособного возраста. Инвалидами второй группы оставался один пациент и один — инвалидом III группы.