

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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемый способ лечения рефлюкс-эзофагита, основанный на формировании арефлюксного пищеводно-кишечного анасто-

моза, позволяет достичь высоких функциональных результатов операции и улучшить качество жизни больных в отдаленные сроки после вмешательства.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Райш

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Частота заболеваемости ахалазией кардии колеблется от 3 до 20 %. Она встречается в любом возрасте, почти одинаково часто у мужчин и женщин. Единственно радикальным методом хирургического лечения ахалазии кардии III – IV степени является субтотальная резекция пищевода. Однако, несмотря на большое число модификаций этого оперативного пособия, частота осложнений после одноэтапной субтотальной резекции пищевода с эзофагопластикой по сводной статистике достигает 60 %, а летальность — 39 %.

Нами разработан и применен на практике способ хирургического лечения ахалазии кардии IV степени (Патент РФ № 2242179 от 29.12.2004 г.).

Способ выполняется следующим образом. Абдоминальный и нижнегрудной отдел пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити-держалки, подшивают к ножкам сухожильной части диафрагмы и отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистая прошивается аппаратом УО-40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного конца пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю

механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде «чулка» в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз по методике описанной нами ранее. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода.

По данной методике в клинике прооперировано 7 пациентов, в том числе 2 (28,6 %) мужчин и 5 (71,4 %) женщин в возрасте от 42 до 59 лет. У всех больных имела место ахалазия кардии IV степени.

Течение раннего послеоперационного периода благоприятное. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ сут. Общехирургические осложнения имели место у 1 (8,3 %) пациента — у больного в раннем послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не было.

Все пациенты осмотрены в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции. Ни в одном случае не наступил рецидив заболевания. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

Таким образом, разработанный способ пластического замещения пищевода при ахалазии кардии IV степени, заключающийся в его демуккозании, формировании искусственного «пищевода» из большой кривизны желудка и проведении его внутри сохраненной мышечной оболочки, способствует не только улучшению непосредственных результатов операции, но и восстановлению качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.