

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИНВАГИНАЦИОННЫЙ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ

На основании проведенного исследования установлено, что инвагинационный анастомоз характеризуется высокой физической и биологической герметичностью. Использование после резекции желудка у онкологических больных техники наложения инвагинационного анастомоза приводит в раннем послеоперационном периоде к более быстрой нормализации общего состояния пациентов, быстрому исчезновению болевого синдрома и признаков раздражения брюшины, клинически значимо снижает риск развития болезни оперированного желудка и существенно улучшить качество жизни пациентов без дополнительных пластических операций.

Ключевые слова: инвагинационный анастомоз, гастроэнтероанастомоз, опухоли, резекция желудка.

Важнейшим вектором развития национальных систем здравоохранения в передовых странах на рубеже XX—XXI веков стало совершенствование качества медицинской помощи и качества жизни пациентов после лечения [1]. Особое значение это приобретает в онкологической практике, когда в результате оперативного вмешательства удаляется значительная часть пораженного органа и требуется дополнительное использование методов пластической хирургии для частичного восстановления функции желудочно-кишечного тракта [2—8].

Цель исследования

Совершенствование и повышение эффективности методов оперативного лечения больных с опухолями желудка, путем внедрения в клиническую практику технологии формирования инвагинационного гастроэнтероанастомоза после частичной резекции желудка.

Материал и методы

Нами проведено экспериментальное и клиническое исследование эффективности использования инвагинационного гастроэнтероанастомоза (ИГЭА) для профилактики развития функциональных нарушений и улучшения качества жизни после резекции желудка.

Проведено ретро- и проспективное клиническое исследование пациентов, прооперированных по поводу опухоли желудка с использованием метода создания инвагинационного (основная группа, $n = 55$) и обычного (контрольная группа, $n = 60$) гастроэнтероанастомоза.

За период с 2001 по 2006 год в клинике выполнено 534 резекции желудка больным, страдающим раком

желудка. В основном производилась резекция по Бильрот-II Витебскому и по Гофмистеру Финстереру с различным методом формирования анастомоза (инвагинационный оригинальный или иные уже существующие традиционные способы).

Статистическую обработку полученных в ходе исследования данных проводили с помощью пакета прикладных компьютерных программ «STATISTICA-6», согласно современным требованиям к проведению статистического анализа медицинских данных [9—11].

Результаты

В БУЗООКОД разработана методика формирования инвагинационного гастроэнтероанастомоза при резекции желудка по Бильрот II, которая заключается в следующем.

Первым накладывают задний непрерывный серозно-мышечный челночный шов рассасывающимся синтетическим материалом на атравматичной игле (полисорб, викрил). Первый вкол делают на тонкой кишке в поперечном направлении с захватом серозно-мышечного слоя на ширину 5—7 мм. После выкола и протягивания нити производят вкол на культе желудка в поперечном направлении с захватом серозно-мышечного слоя параллельно первому стежку на толстой кишке, отступив от зажима Кохера 1,5—2 см. Подобным образом прошиваются задние поверхности анастомозируемых органов, причём последний вкол непрерывного челночного шва производится на тонкой кишке (рис. 1). Анастомозируемые органы сближаются путём подтягивания за края непрерывного челночного шва, которые берутся на зажимы-держалки (рис. 2). Излишки слизистой желудка над зажимом Кохера иссекают электроножом, что дает дополнительный гемостаз. Просвет тощей кишки вскрывают электроножом параллельно наложенному

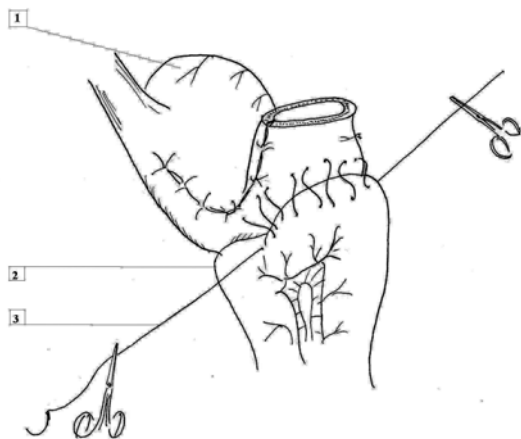


Рис. 1. Наложение заднего серозно-мышечного челночного шва при формировании инвагинационного гастроэнтероанастомоза.

1 — культя желудка; 2 — тонкая кишка;
3 — задний непрерывный челночный инвагинирующий шов

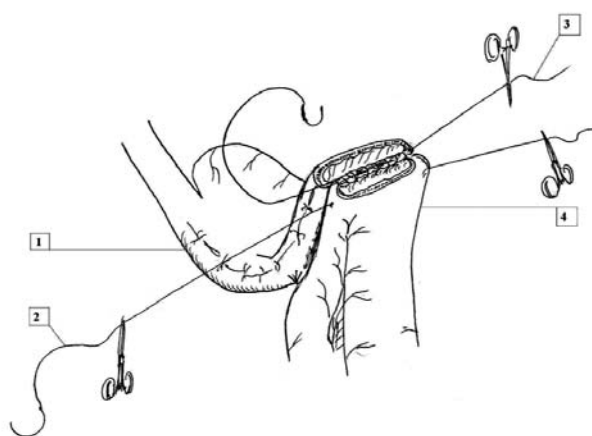


Рис. 3. Этап накладки сквозного непрерывного внутреннего серозно-слизистого шва с закрытием просвета сшиваемых органов.
1 — культя желудка; 2 — задний непрерывный челночный инвагинирующий шов; 3 — внутренний непрерывный шов через все слои; 4 — тонкая кишка

шву в поперечном направлении тощей кишки, отступив 1,5–2,0 см. Зажим Кохера снимают с культи желудка и накладывают непрерывный обвивной шов через все слои стенок желудка и тощей кишки (рис. 3).

Подобным образом, как и задний непрерывный шов, на передние поверхности анастомозируемых органов накладывают непрерывный серозно-мышечный челночный шов рассасывающимся синтетическим материалом на атравматичной игле (полисорб, викрил), отступив от обвивного шва на тощей кишке и культе желудка по 1,5–2,0 см (рис. 4). После наложения переднего сомоинвагинирующегося челночного шва, органы сближаются за счет подтягивания за края челночного шва, при этом происходит инвагинация желудка в тонкую кишку (рис. 5).

Выводы

1. Инвагинационный анастомоз характеризуется высокой физической и биологической герметичностью. Это связано с меньшей деструкцией стенки ЖКТ и ранним началом процесса ее репарации в результате незначительного нарушения кровоснабжения зоны инвагинационного анастомоза, с упрочне-

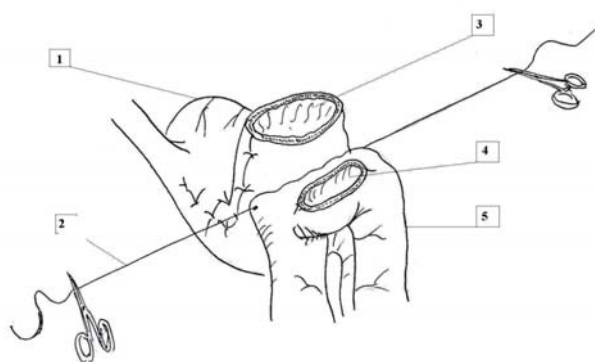


Рис. 2. Сближение анастомозируемых органов путём подтягивания за края непрерывного челночного шва.
1 — культя желудка; 2 — задний непрерывный челночный инвагинирующий шов; 3 — просвет желудка;
4 — просвет тонкой кишки; 5 — тонкая кишка

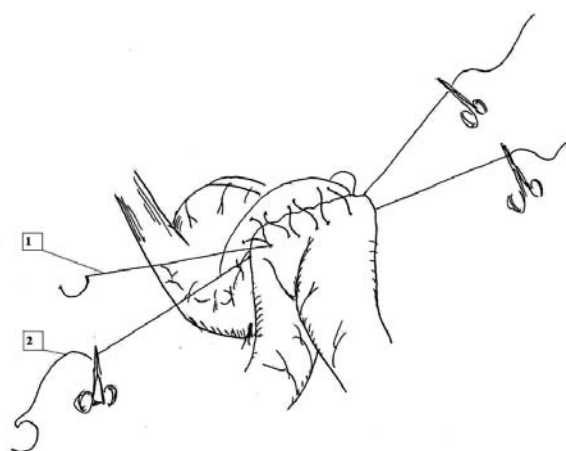


Рис. 4. Этап наложения челночного шва на передние стенки анастомозируемых органов.
1 — передний непрерывный челночный инвагинирующий шов;
2 — задний непрерывный челночный инвагинирующий шов

нием сращений между серозными футлярами тонкой кишки и желудка, а также регенерацией подслизистого слоя.

2. В клиническом исследовании установлено, что использование после резекции желудка у онкологических больных техники наложения инвагинационного анастомоза приводит в раннем послеоперационном периоде к более быстрой нормализации общего состояния пациентов, быстрому исчезновению болевого синдрома и признаков раздражения брюшины. Максимальные развития изученных исходов лечения отмечается через 3–4 и 5–7 суток после операции. Снижается риск развития послеоперационной несостоятельности швов анастомоза, локальных воспалительных изменений, непроходимости приводящей петли двенадцатиперстной кишки.

3. Формирование ручного инвагинационного анастомоза после дистальной резекции желудка позволяет клинически значимо снизить риск развития болезни оперированного желудка в отдаленном послеоперационном периоде и существенно улучшить качество жизни пациентов без дополнительных пластических операций, направленных на устранение

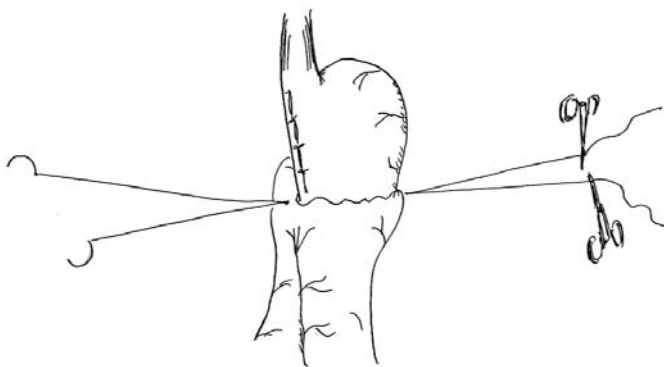


Рис. 5. Этап окончательного формирования инвагинационного гастроэнтероанастомоза

неблагоприятных последствий традиционных способов дистальной резекции желудка.

4. Использование ручного инвагинационного анастомоза при дистальной резекции желудка у онкологических больных позволяет улучшить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде без дополнительных пластических операций и может быть рекомендовано для широкого использования в профильных хирургических отделениях.

Библиографический список

1. Башинский, С. Е. Разработка клинических практических руководств с позиции доказательной медицины / С. Е. Башинский. — М.: Изд-во Медиа Сфера, 2004. — 135 с.
2. Буянов, В. М. Эволюция техники желудочно-кишечного шва. От двухрядного шва к однорядному непрерывному / В. М. Буянов, С. Э. Абулов, В. И. Егоров // 70 лет медсанчасти АМО ЗИЛ. Опыт лечения и диагностики. — М., 1996. — С. 5.
3. Long-term benefits of Roux-en-Y pouch reconstruction after total gastrectomy: a randomized trial / M. Fein [et al.] // Ann Surg. — 2008. — V.247, N5. — P.759—765.
4. Postoperative functional evaluation of jejunal interposition with or without a pouch after a total gastrectomy for gastric cancer / E. Mochiki [et al.] // Am J Surg. — 2004. — V.187, N6. — P.728—735.
5. Report of the Eleventh International Symposium of the Foundation of Cancer Research: Basic and Clinical Research in Gastric Cancer / M. Sasako [et al.] // Jap J Oncol. — 1998. — V.1. — P.443—449.
6. Боровиков, В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере / В. Боровиков. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 688 с.
7. Гланц, Стенток. Медико-биологическая статистика [Текст]: пер. с англ. / С. Гланц. — М.: Практика, 1999. — 459 с.
8. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312 с.

9. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка / Г. К. Жерлов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 3. — С. 82—85.

10. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка / В. А. Тарасов [и др.] // Практическая онкология. — 2001. — № 3 (7). — С. 52—58.

11. Kono K., Iizuka H., Sekikawa T. et al. Improved quality of life with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy // Am J Surg. — 2003. — V.185, N 2. — P. 150—154.

КОСЁНОК Виктор Константинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Омской государственной медицинской академии.

МАРКЕЛОВ Дмитрий Анатольевич, врач-онколог бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» (БУЗООКОД).

МИНАЕВ Игорь Иванович, кандидат медицинских наук, зав. хирургическим отделением №1 БУЗООКОД.

ВЫЮШКОВ Дмитрий Михайлович, кандидат медицинских наук, врач-онколог БУЗООКОД.

ФЕДОСЕНКО Сергей Иванович, врач-онколог БУЗООКОД.

Адрес для переписки: e-mail: marina.markelova@mail.ru

Статья поступила в редакцию 02.02.2010 г.

© В. К. Косёнок, Д. А. Маркелов, И. И. Минаев, Д. М. Выюшков, С. И. Федосенко

Книжная полка

Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование: [практ. рук.] / А. П. Савченко [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 444 с.: ил.

Ангиопластика и стентирование в настоящее время выделены в самостоятельное направление инвазивной кардиологии. Эндоваскулярные методы при лечении некоторых клинических форм ишемической болезни сердца по эффективности значительно превосходят хирургические и медикаментозные методы. Руководство поможет клиницистам сориентироваться в современных подходах к лечению ишемической болезни сердца и станет полезным практическим пособием в их работе. Адресовано кардиологам и врачам общего профиля.