

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО СОУСТЬЯ ПОСЛЕ ГАСТРОЭКТОМИИ

© 2006 г. А.Л. Лужанский, Г.Г. Фрейнд, П.Я. Санадаков

Операции, заканчивающиеся формированием пищеводно-тонкокишечного анастомоза, до настоящего времени относятся к наиболее трудным. Это объясняется, с одной стороны, сложностью предпринимаемых оперативных вмешательств, тяжестью основного заболевания, возрастом больных, а с другой – тяжелыми послеоперационными нарушениями, носящими функциональный характер. Пищеводно-кишечный анастомоз, кроме высокой надежности, должен обеспечивать удовлетворительное качество жизни, не приводить к развитию тяжелых постгастроэктомических расстройств, способствовать полноценной реабилитации оперированных больных.

Для соединения пищевода с тощей кишкой предложены муфтообразные, инвагинационные и резервуарные анастомозы [1–5]. Каждый из этих анастомозов, по мнению авторов, имеет неоспоримые преимущества перед другими [2, 6–8]. И все же предпочтение отдается гастропластическим операциям с формированием резервуарных пищеводно-кишечных анастомозов.

В последние годы все больше работ, посвященных так называемым смежным отделам пищеводно-кишечной трубки. Эти зоны в определенной степени являются водителями ритма, выполняя замыкательно-регулирующую функцию пищеварительной системы [9].

Пищеводно-желудочный переход располагается в области правой боковой стенки желудка и представлен преджелудочным сфинктером в виде утолщения циркулярного мышечного слоя абдоминального отдела пищевода (рис. 1а – 1) и основным клапанным механизмом кардии, включающим дополнительные косые мышечные волокна, переходящие на область кардального отдела желудка из циркулярных мышечных волокон пищевода (рис. 1а – 2), газового пузыря желудка (рис. 1а – 4) и угла Гиса (рис. 1а – 3). Последовательное включение этих образований обеспечивает замыкательную функцию кардального жома [2].

До настоящего времени не разработаны методы оперативного лечения заболевания желудка с формированием его аналогов, подобных пищеводно-желудочным и гастро-дуоденальным переходам. Нами в эксперименте на животных (38 беспородных собак) разработана методика гастроэктомии с формированием резервуара, подобного желудку,

из отключенной по РУ петле тонкой кишки. Способ гастроэктомии (патент на изобретение № 2134553, 20 августа 1999 г.) использован для лечения 17 больных, страдавших опухолями кардального отдела желудка (рис. 1б).

После гастроэктомии с большим и малым сальниками и лимфаденэктомии формировался пищеводно-тонкокишечный анастомоз на отключенной по Ру петле (рис. 2). При этом создавались следующие образования. Из проксимальной части заглушенной тонкой кишки создавался участок длиной 10–12 см, который в послеоперационном периоде, увеличиваясь в объеме, выполнял функцию газового пузыря желудка (рис. 2а – 1; рис. 2б – 1). Формирование косых мышечных волокон, аналогичных кардальному сфинктеру пищевода и углу Гиса, осуществлялось следующим образом. Отступая на 10–12 см от глухого, проксимального конца (газового пузыря), тонкую кишку в апикальной части поперечно рассекали на 2–2,5 см и растягивали двумя держалками (рис. 2а – 2). Участок пищевода, предназначенный для анастомоза, вращали по часовой стрелке на угол в 90° (рис. 2а – 3).

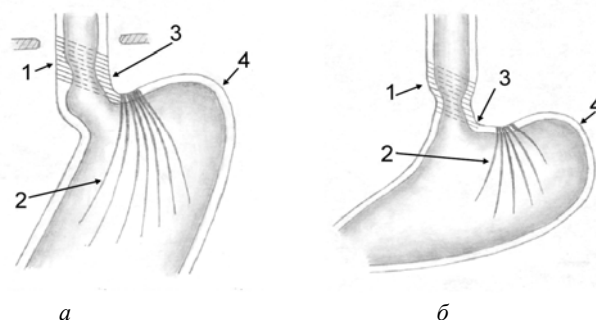


Рис. 1. Схемы смежных зон: а) пищеводно-кардиальной зоны в норме: 1 – кардальный сфинктер; 2 – кардиальная петля – переход косых мышечных волокон пищевода в косые мышечные волокна кардального отдела желудка; 3 – угол Гиса; 4 – газовый пузырь желудка; б) зоны сформированной на отключенной по РУ тонкой петле: 1 – сфинктер, подобный кардальному; 2 – петля, подобная кардиальной; 3 – угол, аналогичный углу Гиса; 4 – газовый пузырь, аналогичный газовому пузырю желудка

Однорядным швом формировался желудочно-кишечный анастомоз. Вращение пищевода по часовой стрелке и поперечное рассечение тонкой кишки в области соустья создавали структуру косых мышечных волокон, аналогичных мышечной петле кардального отдела нормального же-

лудка. При этом использование предлагаемых технических приемов формировало угол ($75-90^{\circ}$) между отрезками тонкой кишки, аналогичный углу Гиса (рис. 2б – 3).

Вторая смежная зона, подобная желудочно-дуоденальному переходу, создавалась следующим образом. Отступя 25–30 см от первого анастомоза (25–30 см тонкой кишки, как показали экспериментальные исследования, после адаптации в послеоперационном периоде способны сохранять достаточную для пищеварения резервуарную функцию), тонкую кишку пересекали поперечно в апикальной части на 2–2,5 см (рис. 2в – 1). Дистальный отдел пересеченной тонкой кишки после мобилизации связки Трейца в области анастомоза вращался на 90° , т.е. создавался угол, равный углу спиральных мышечных волокон в гастро-дуоденальном переходе (рис. 2в – 2). Анастомоз накладывался однорядным, непрерывным швом синтетической нитью. Таким образом, создавалась вторая смежная зона, аналогичная гастро-дуоденальному переходу, которая функционировала как замыкательный механизм (рис. 3).

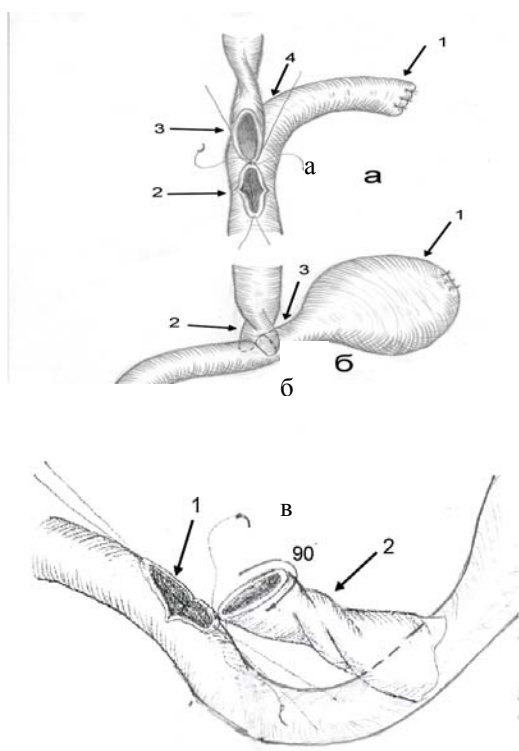


Рис. 2. Схема формирования смежных зон: а) 1 – газовый пузырь аналога желудка; 2 – поперечно рассеченная тонкая кишка; 3 – вращение пищевода на 90° по часовой стрелке; 4 – аналог Гиса; б) 1 – аналог газового пузыря аналога желудка; 2 – пищеводно-тонкокишечное соустье; 3 – аналог угла Гиса; в) 1 – поперечно рассеченная тонкая кишка; 2 – формирование спиральных мышечных волокон в области тонко-тонкокишечного анастомоза

Эзофаго-энтероанастомоз по предлагаемой методике был разработан на базе Пермской ме-

дицинской академии, на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, внедрен на базе хирургического отделения Пермского района с 1998 г. Несостоятельность швов анастомоза не наблюдалась. При анализе отдаленных результатов лечения обращали на себя внимание крайняя редкость жалоб на проявление рефлюкс-эзофагита и удовлетворительное состояние пациентов. Под постоянным наблюдением находилось 12 больных. Рефлюкс-эзофагит в легкой степени диагностирован у одного больного, который легко купировался диетой, ограничением приема жидкости после еды, витаминотерапией. Все больные в послеоперационном периоде в разные сроки в течение 5 лет прошли рентгенологическое исследование анастомоза при положении тела вертикально, горизонтально и в положении Тренделенбурга. Данные фиксировались видеокамерой. При детальном анализе рентгенограмм и рентгенокинематографических данных было установлено, что использованная нами между двумя смежными зонами петля тонкой кишки обладает достаточной резервуарной функцией. Сформированный эзофаготонкокишечный сфинктер функционировал подобно кардиальному. Бариевая взвесь поступала в тонкую кишку ритмично-порционно. Пассаж бария по тонкой, толстой кишкам почти не отличается от контрольной группы.

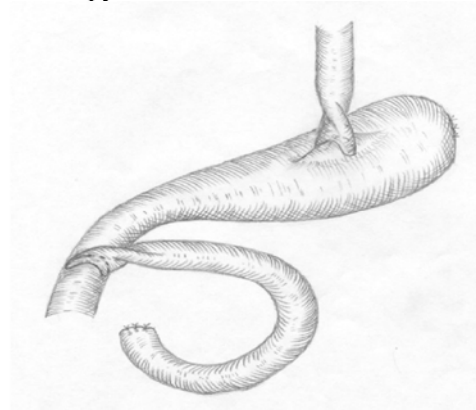


Рис. 3. Законченный вид модели гастроэктомии с формированием резервуара из отключенной по РУ петли

Малый объем наблюдений не позволяет нам сделать достаточно обоснованные выводы. И все же проведенные экспериментальные и клинические исследования показали, что разработанный нами способ эзофагоэнтероанастомоза с формированием элементов смежной зоны пищеводно-желудочного перехода отличается простотой, надежностью исполнения, физиологичностью в послеоперационном периоде, поэтому может быть использован в клинической практике.

Литература

1. Бондарь В.Г. Результаты хирургического лечения рака желудка // Клин. хир. 1997. № 10. С. 62–64.
2. Бондарь В.Г., Думанский Ю.В. и др. Рак желудка – проблемы и возможности восстановительной хирургии // Журн. АМН Украины. 1999. № 3. С. 589–595.
3. Гешелин С.А. Модификация пищеводно-кишечного анастомоза // Клин. хир. 1990. № 8. С. 72–74.
4. Жерлов Г.К., Дамбаев Г.Ц. и др. Функциональные результаты гастрэктомии, проксимальной резекции желудка у больных раком желудка // Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии. Томск, 1991. С. 58–60.
5. Скотарев Н.П. и др. Пищеводно-тонкокишечный анастомоз при гастрэктомии // Хирургия. 1999. № 11. С. 12–14.
6. Жерлов Г.К. и др. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // Клин. мед. 2000. № 9. С. 66–68.
7. Захараи М.П. и др. Выбор метода восстановления непрерывности пищеварительного тракта // Хирургия. 2002. № 11. С. 73–79.
8. Черноусов А.Ф. и др. Комбинированная гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка // Хирургия. 1991. № 3. С. 64–69.
9. Колесников Л.Л. Сфинктеральный аппарат человека. СПб., 2000.