

А.Е. Беюнок, Г.Ц. Дамбаев

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
МУ Юргинская центральная районная больница, г. Юрга*

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО СОУСТЬЯ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТАХ

Изучена частота возникновения рефлюкс-эзофагитов, выявления симптомов гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни с наличием серьезных осложнений. Показано, что резекция проксимального отдела предполагает создание пищеводно-желудочного анастомоза взамен удаленной кардии, регулирующей поступление пищи из пищевода в желудок и предотвращающей попадание кислого желудочного содержимого на слизистую пищевода.

Несостоятельность швов анастомоза является ведущей причиной летальности в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза, рефлюкс-эзофагит, рубцовый стеноз соустья довольно часто сопровождают резекцию желудка, а существующие методы не всегда предупреждают их возникновение.

Ключевые слова: желудок, пищевод, анастомоз, осложнения.

The study of the morphological picture of a formed in the gullet-stomachic passage on the place of the existing cardiac sphincter of the muscular and the valve in different periods of the experiment showed, that the undertaken variant of the surgical intervention favours the forming of a peculiar muscular structure on the border of the gullet and the stomach, which can be qualified as a dynamic muscular sphincter with a good safety of muscular structures, an adequate bloodsupply and innervation according to morphological indications.

The symptoms of neither esophagitis nor stenosis of the gullet-stomachic anastomosis were revealed during any period for certain. Thus, we can come to the conclusion, that the macroscopical and microscopical examination of the artificial gullet-stomachic anastomosis with the forming of a muscular sphincter and a valve during the experiment proved its vitality and functional activity within all control turns of observation.

Key words: stomach, gullet, anastomosis, complications.

Хирургия пищевода — один из самых трудных и сложных разделов хирургии пищеварительного тракта. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в изучении проблемы рефлюкс-эзофагита, вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения продолжают быть предметом дискуссии. Рефлюкс-эзофагит — самое распространенное заболевание пищевода, поэтому проблемы профилактики его осложнений до настоящего времени остаются актуальными.

Частота рефлюкс-эзофагита среди всех заболеваний пищевода составляет от 5,8 % до 75 % (А.Г. Алхасов и соавт., 1999; Ю.Е. Березов и соавт., 1973; А.А. Шептулин, 1995).

Рефлюкс-эзофагит характеризуется развитием тяжелых осложнений — язв, пептических стриктур, кровотечений, цилиндрической метаплазией слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета), по-

тенциально опасных для жизни пациентов (Gastell L., 1996). В связи с этим, представляет интерес изучение морфологического состояния сформированного пищеводно-желудочного соустья.

Цель исследования — разработать в эксперименте и внедрить в клиническую практику способ формирования арефлюксного пищеводно-желудочного соустья при рефлюкс-эзофагитах, с целью улучшения непосредственных и отдаленных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальная часть работы выполнена на базе экспериментального отдела госпитальной хирургии клиники имени А.Г. Савиных. В качестве экспериментальных животных выбраны белые крысы ($n = 50$, $m = 250-400$ г).

Способ формирования арефлюксного пищевода-желудочного соустья при рефлюкс-эзофагитах заключается в верхне-срединной лапаротомии, выделении абдоминального отдела пищевода. Отступив 10-12 мм от кардиального жома, рассекаются адвентициальный и мышечные слои пищевода, и лоскут заворачивают кверху на ширину 13-15 мм, формируя таким образом «жом». Края лоскута подшивают к продольному слою пищевода. Узловыми швами (4-5), за нижний край сформированного «жома» и дна желудка, инвагинируют избыток слизисто-подслизистого слоя в просвет желудка, формируя инвагинационный клапан.

В исследовании использовались материалы от 39 крыс, при этом изучены макроскопические и морфологические изменения, происходящие в тканях пищевода и желудка после наложения «жомно-клапанного соустья». Забор материала и изучение морфологии проводились в 1-е, 3-и, 7-е, 30-е, 90-е сутки, спустя 6 и 12 месяцев. При оценке морфологической картины обращалось внимание на сосудистые реакции, характер клеточных и волокнистых структур, степень восстановления эпителиального покрова. Всего было подготовлено 128 гистологических срезов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что макроскопические и морфологические изменения при формировании искусственного арефлюксного пищевода-желудочного соустья с формированием «жома» и клапана в эксперименте показали функциональную активность.

В 1-е сутки: В области пищевода-желудочного соустья серозная оболочка несколько тускловатая, имеется незначительный отек. Со стороны просвета слизисто-подслизистый клапан отечный, гиперемизированный. Слизистая желудка гладкая, блестящая.

На 3-и сутки: Незначительный отек в области пищевода-желудочного соустья. Со стороны просвета, в области «хоботка», верхушка темно-красного цвета, отек. Слизисто-подслизистая основа пищевода, погруженная в просвет желудка, отечная.

На 7-е сутки: Пищеводно-желудочное соустье чистое, отека нет. Серозная оболочка гладкая, блестящая. Со стороны просвета желудка отмечено, что «хоботок» инвагинировался на 1/3 своей высоты, его край эластичен, сохраняется незначительный отек дистальной части «хоботка». В грануляционной ткани соустья прослеживается формирование пучков коллагеновых волокон и, вновь образованных, тонкостенных кровеносных сосудов. Молодая грануляционная ткань заполняет дефекты между слизистыми, а по грануляционной

ткани располагается клеточный инфильтрат. В основании мышечного жома сосуды расширены, заполнены форменными элементами, между продольными и циркулярными слоями отмечаются очаги кровоизлияния. В подслизистых слоях «клапана» имеется расширение артериол и капилляров, миграция лейкоцитов и свободных макрофагов. По краям сформированного соустья определяется созревающая грануляционная ткань, в которой прослеживается формирование пучков коллагеновых волокон.

На 30-е сутки: Пищеводно-желудочное соустье свободное, серозная оболочка гладкая, блестящая. «Хоботок» розового цвета, поверхность гладкая, высота «хоботка» 7 мм, выявлен валик из слизистой желудка вокруг «хоботка» высотой 2 мм, воспалительных явлений не обнаружено.

Через 3 месяца: Зона соустья свободная, отека нет. «Хоботок» без воспаления, эластичен, несколько вытянут в продольном направлении. Высота «хоботка» 6 мм, валик слизистой желудка 2 мм вокруг «хоботка». Пальпаторно в толще пищевода четко определяется сформированный гладкомышечный пищеводный жом в виде эластичного тяжа шириной 9 мм. При продольном рассечении пищевода в зоне соустья ясно виден гладкомышечный жом шириной 2-3 мм.

Через 6-12 месяцев: Спаечного процесса в брюшной полости нет, «хоботок» высотой 6 мм, эластичный, находится в сомкнутом состоянии, гладкомышечный жом высотой 9 мм, его толщина на разрезе — 2 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение морфологической картины сформированного в пищевода-желудочном переходе на месте существующего кардиального сфинктера мышечного жома и клапана в различные сроки в эксперименте показало, что предпринятый вариант оперативного вмешательства способствует формированию на границе пищевода и желудка своеобразной мышечной структуры, по морфологическим признакам квалифицируемой как функциональный мышечный сфинктер, с хорошей сохранностью мышечных структур, адекватным кровоснабжением и иннервацией. Достоверно ни в одном из сроков не выявлено признаков эзофагита и стенозирования пищевода-желудочного соустья.

Таким образом, можно сделать вывод, что макроскопические и микроскопические исследования искусственного арефлюксного пищевода-желудочного соустья, с формированием жома и клапана, в эксперименте показали его жизнеспособность и функциональную активность во все контрольные сроки наблюдения.