

К МЕТОДИКЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ БРЫЖЕЕЧНОМ И ПОДБРЫЖЕЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИЯХ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЩЕЙ КИШКИ

Н. И. Молько

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. В. Барский) Куйбышевского медицинского института

Мы изучали анатомические варианты расположения начального отдела тощей кишки и значение их в формировании желудочно-кишечного анастомоза. Изучение длины и формы верхней двенадцатиперстно-тощей складки, скелетотопии и синтопии двенадцатиперстно-тощей кривизны произведено на 102 трупах методом обычного анатомического препарирования с последующим фотографированием.

Умерших в возрасте до 10 лет было 10, от 11 до 30 лет — 12, от 31 до 50 лет — 23, от 51 до 70 лет — 44 и старше — 13.

Двенадцатиперстно-тощая складка имеет серповидную форму, длина ее — от 4 до 10 см. Положение начального отдела тощей кишки не всегда постоянно. Иногда он локализуется на уровне I—II поясничного позвонка слева от средней линии (левое положение, наблюдаемые в 87,25%), или на уровне I—II поясничного позвонка справа (правое положение, 10,85%), или на уровне III поясничного позвонка (низкое положение, 1,9%).

В зависимости от длины верхней двенадцатиперстно-тощей складки левое положение начального отдела тощей кишки можно подразделить на внебрыжеечное левое (50%), внебрыжеечное крайнее левое (4,9%), подбрыжеечное (12,75%) и брыжеечное (19,6%). При 1-м из них верхняя двенадцатиперстно-тощая складка не выражена, начальный отдел тощей кишки лежит на уровне I—II поясничного позвонка; при 2-м верхняя двенадцатиперстно-тощая складка также не выражена, а начальный отдел тощей кишки начинается слева на 3—4 см от средней линии на уровне I—II поясничного позвонка; при 3-м длина верхней двенадцатиперстно-тощей складки — 4—5 см, начальный отдел тощей кишки лежит у корня брыжейки; при 4-м длина складки 7—10 см и начальный отдел тощей кишки лежит на заднем листке брыжейки поперечно-ободочной кишки (рис. 1).

В зависимости от вариантов положения начального отдела тощей кишки необходимо решать вопрос о конструкции анастомоза при резекции желудка. При внебрыжеечном левом и правом положениях анатомические данные позволяют формировать анастомоз изоперистальтически (приводящая петля — со стороны малой кривизны желудка, отводящая — со стороны большой), на короткой петле; при внебрыжеечном крайнем левом — антиперистальтически, так как двенадцатиперстно-тощий изгиб крутой, а выделение его из окружающих тканей сопровождается значительной травмой стенки двенадцатиперстной кишки. В данном случае изоперистальтическое образование соустья можно выполнить только на длинной петле с созданием дополнительного изгиба, что приводит к затруднению перемещения содержимого приводящей петли. Единственной возможностью устранения препятствий в перемещении содержимого приводящей петли является антиперистальтическое наложение соустья. При низком



Рис. 1. Брыжеечное положение начального отдела тощей кишки.

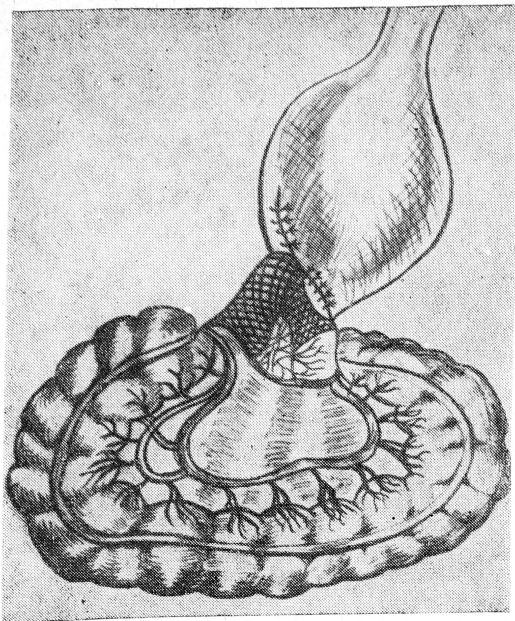


Рис. 2. Соустье на короткой петле по типу свободного анастомоза.

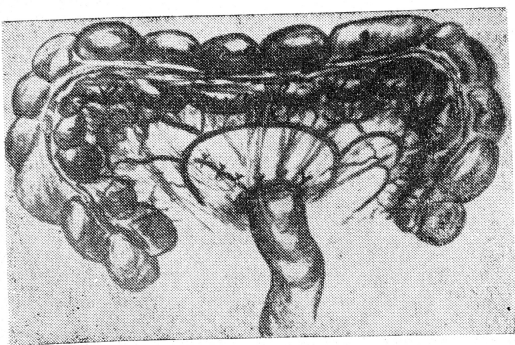


Рис. 3. Отводящая петля, укрепленная в отверстии брыжейки поперечно-ободочной кишки.

При брыжеечном и подбрыжеечном положениях начального отдела тощей кишки двенадцатиперстно-тощая кривизна располагается выше или у места прикрепления корня брыжейки ободочной кишки. С целью предупреждения деформации и натяжения брыжейки поперечно-ободочной кишки, которые неизбежны при фиксации анастомоза в окне брыжейки за желудок, мы фиксируем при данных положениях отводящую петлю, которая подшивается швами к краю отверстия в брыжейке ободочной кишки отступа на 4—7 см ниже анастомоза (рис. 3). Таким образом, формируется свободный анастомоз, расположенный в верхнем этаже брюшной полости. Наши наблюдения подтверждают данные Вильмса (1911), который также после резекции желудка укреплял отводящую петлю в окне поперечно-ободочной кишки и получал хорошие послеоперационные результаты.

С целью изучения послеоперационных осложнений мы сопоставили две группы оперированных больных (по поводу осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и рака желудка). Первая группа — 157 больных, оперированных по Гомфмейстеру — Финстереру с анастомозом на короткой петле (4—6 см) с учетом анатомических данных положения начального отдела тощей кишки. Вторая группа — 188 боль-

расположении начального отдела тощей кишки во избежание перегибов нужно формировать анастомоз изоперистальтически на длинной петле с брауновским анастомозом.

Подбрыжеечное и брыжеечное положения начального отдела тощей кишки представляют менее благоприятные условия для образования анастомоза, что заставило нас внести в технику резекции желудка некоторые усовершенствования. При данных положениях начальный отдел тощей кишки фиксирован на 4—10 см верхней двенадцатиперстно-тощей складкой, и при формировании желудочно-кишечного анастомоза возможны перегибы приводящей петли. Дуоденальное содержимое проходит по более длинному и сложному пути, что, конечно, способствует появлению дуоденостаза. Кроме того, между тонкой кишкой и задней поверхностью брыжейки поперечно-ободочной кишки при формировании анастомоза образуется кольцо, в которое могут попадать и ущемляться петли тонких кишок.

Взяв за основу резекцию желудка по методу Бильрот II в модификации Гомфмейстера — Финстерера с анастомозом на короткой петле с целью спрямления начального отдела тощей кишки, придания ей мобильности и укорочения приводящей петли по предложению Д. А. Баркова, мы использовали рекомендацию В. Я. Шлапоберского, С. С. Юдина, В. А. Малхасяна и рассекаем верхнюю двенадцатиперстно-тощую складку. В результате этого начальный отдел тощей кишки удастся выделить на 12—15 см. Затем мы его перемещаем в верхний этаж брюшной полости, производим резекцию $\frac{2}{3}$ желудка и накладываем вертикальный анастомоз. Вертикальное направление анастомоза исключает опасность перегиба тощей кишки (рис. 2). При рассечении верхней двенадцатиперстно-тощей складки стенка тощей кишки иногда на небольшом участке десерозируется, но этот участок полностью используется для формирования желудочно-кишечного соустья.

ных, оперированных по Говмейстеру — Финстереру с анастомозом на умеренно короткой петле (10—12 см) без учета анатомических данных. При сравнении мы интересовались ближайшими послеоперационными нарушениями функции желудочно-кишечного анастомоза. Оказалось, что при оперативных вмешательствах, производимых с учетом анатомических данных, частота ближайших послеоперационных нарушений функции желудочно-кишечного анастомоза снизилась с 34 до 8%. На 46 резекций желудка при брыжеечном и подбрыжеечном положениях начального отдела тощей кишки, проведенных по нашей модификации, мы наблюдали кратковременные расстройства функции анастомоза только у 4 больных (у 1 больного была однократная рвота и у 3 — единичные срыгивания).

Таким образом, анатомические исследования и клинические наблюдения позволяют сказать, что резекцию желудка нужно производить с учетом анатомических положений начального отдела тощей кишки, а при брыжеечном и подбрыжеечном положениях резекцию желудка следует выполнять по нашей методике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников А. В. Вестн. хир., 1956, 8. — 2. Русанов А. А. Там же, 1963, 8. — 3. Шлапоберский В. Я. и Данилов И. В. Новая хирургия, 1929, 10. — 4. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955. — 5. Wilm s. Zbl. Chir., 1911, 32, 1087—1088.

УДК 616.33—089.87

НЕКОТОРЫЕ ДЕТАЛИ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ И РЕЗЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Ю. И. Владимиров и И. И. Тараканова

*Куйбышевский областной онкологический диспансер (главврач — А. И. Смагин)
и центральная больница им. Н. И. Пирогова (главврач — К. П. Жильцова)*

Трудность доступа, травматичность операции, значительный процент развития недостаточности пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов побуждают хирургов искать новые оперативные приемы и усовершенствования при гастрэктомиях и резекциях верхнего отдела желудка.

Мы хотим поделиться своим небольшим (25 больных) опытом усовершенствования оперативной техники, которое позволяет облегчить операцию, получить более надежный пищеводно-кишечный или пищеводно-желудочный анастомоз. Не останавливаясь подробно на общепринятых стандартных этапах операции, мы опишем только ряд деталей техники, применяемых нами. Отсечение желудка от двенадцатиперстной кишки или пересечение его тела при резекции верхнего отдела производим после решения вопроса об операбельности, что окончательно выясняется после перевязки и пересечения левой желудочной артерии и мобилизации проксимального отдела желудка. Культи двенадцатиперстной кишки или желудок прошиваем аппаратами УКЛ-40 или УКЛ-60, погружаем двумя полукисетными шелковыми швами в области углов и отдельными узловатыми шелковыми швами между ними. Наиболее ответственным этапом операции является формирование пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного соустья. Недостаточность швов анастомоза в большинстве случаев является смертельным осложнением, так как его обычно диагностируют поздно, когда появляются симптомы разлитого перитонита. Наряду с применением при резекции пищевода и гастрэктомии механического танталового шва, накладываемого аппаратом ПКС-60, мы считаем необходимым дальнейшее совершенствование ручного шва при наложении пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного соустьев, так как нередко встречаются изменения в анастомозируемых органах, при которых наложение аппаратного шва противопоказано.

Пищеводно-кишечный анастомоз мы формируем по методу Гиляровича в модификации Грэхема — Петровского. Для удобства формирования анастомоза накладываем провизорный танталовый шов на пищевод выше опухоли аппаратом УКЛ-40 или УКБ-25, после чего желудок (или его проксимальный отдел) отсекаем и удаляем из брюшной полости (рис. 1). Провизорный танталовый шов значительно облегчает манипуляции по созданию пищеводно-кишечного (желудочного) соустья, снижает возможность интраоперационных имплантационных метастазов, уменьшает травму пищевода, которая возникает при тракциях за мобилизованный желудок. Захватив культи пищевода трехугольным легочным зажимом по линии танталовых швов, хирург может легко накладывать швы между пищеводом и кишкой или желудком даже при высоких резекциях пищевода по А. Г. Савиных, когда имеется поражение всего абдоминального отрезка (рис. 2).

При формировании анастомоза мы располагаем пищевод над передней поверхностью отводящего колена кишки или над передней поверхностью оставленной дисталь-