

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 анатомизируемых 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-

ной части желудка и фиксируем к ним 3 или 2 капроновыми швами с каждой стороны и 2—3 узловатыми швами между ними. Верхние швы накладываем на границе с немобилизованной частью пищевода, атравматическими иглами. Самыми проксимальными швами захватываем края пищевода отверстия диафрагмы, если при этом не происходит натяжения пищевода, или медиастинальную плевру при трансплевральном доступе. При вскрытии просвета пищевода выше зажима сперва в два приема рассекаем его

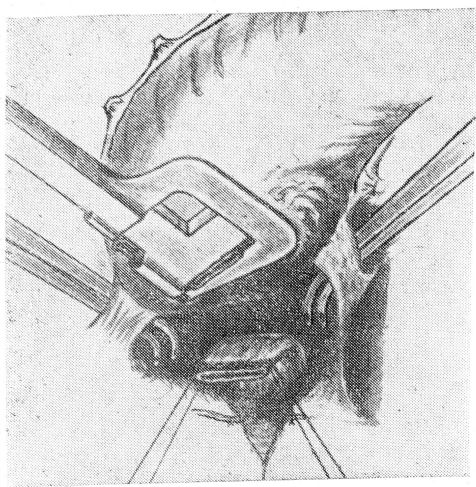


Рис. 1. Абдоминальный отрезок пищевода прошит двумя рядами танталовых швов и пересечен между ними.

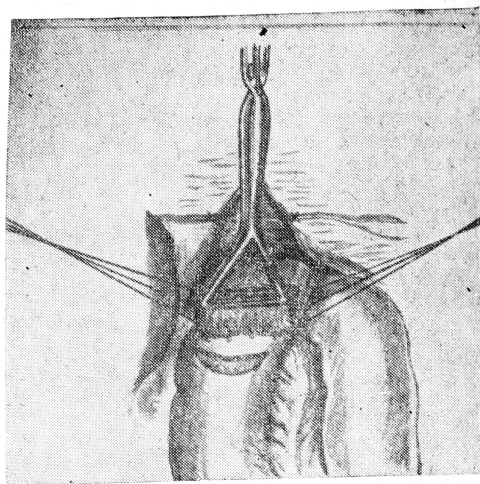


Рис. 2. Фиксация пищевода к отводящему колену тонкой кишки.

заднюю стенку. Вначале рассекаем мышечный слой выше танталового шва на 1,5—2,5 см в зависимости от расстояния указанного шва до опухоли. Затем дистальнее пересечения мышечного слоя вскрываем слизистую вместе с подслизистым слоем. Просвет кишки или культи желудка вскрываем обычно с иссечением избытка слизистой оболочки.

Во время формирования анастомоза мы обращаем особое внимание на тщательное сопоставление всех слоев стенок сшиваемых органов, герметичность шва и минимальное нарушение кровообращения после наложения швов. Это достигается применением предлагаемого адаптирующего шва, являющегося модификацией сквозного краевого узловатого шва. Сопоставление слоев сшиваемых органов осуществляется двумя стежками внутриузелкового шва. Один стежок такого шва при вколе со стороны слизистой проходит через все слои пищевода и кишки или желудка, второй на том же уровне захватывает слизистую с подслизистым слоем. В результате затягивания такого шва мышечный слой пищевода плотно и точно сопоставляется с серозно-мышечным слоем кишки или желудка. Слизистая с подслизистым слоем пищевода и кишки (желудка) также приходит в плотное соприкосновение, расхождения слизистых не наблюдается. Узел мы завязываем со стороны просвета сшиваемых органов. Возможен и обратный порядок наложения шва: сначала прошивают слизистую с подслизистым слоем, а затем нить проводят через все слои (рис. 3). Значительная механическая прочность сформированного анастомоза достигается двойным прошиванием наиболее прочного подслизистого слоя и проведением нити через все слои каждым швом. Точно сопоставить слои сшиваемых органов удается при затягивании такого шва и тогда, когда после пересечения слизистая с подслизистым слоем пищевода сокращаются и уходят значительно выше линии пересечения мышечного слоя (рис. 4). После наложения 5—6 таких швов на заднюю полуокружность формируемого анастомоза переднюю часть пищевода отсекаем вместе с танталовым швом на том же уровне и так же двухмоментно. Переднюю стенку анастомоза создаем такими же адаптирующими внутриузелковыми швами (рис. 5).

Целесообразно накладывать швы сначала по краям в наиболее ответственных отделах и заканчивать их в центре передней стенки анастомоза. Швы накладывают шелковой или капроновой нитью № 1 или 2 на кишечной игле. Второй ряд мышечно-серозно-мышечных швов на передней стенке анастомоза начинаем с краев, для чего в этих участках накладывают два полукисетных шелковых шва. Между ними пищевод фиксируем к кишке (желудку) тремя-четырьмя П-образными шелковыми швами.

При анастомозировании пищевода с кишкой перитонизацию линии анастомоза приводящей петлей кишки производим обычным путем. Между приводящей и отводящей петлями кишки накладываем широкий (10—12 см) анастомоз, который укрепляем

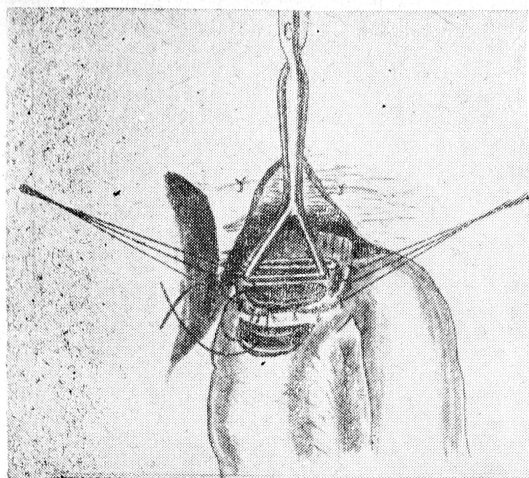


Рис. 3. Формирование задней стенки соустья после вскрытия просветов пищевода и кишки.

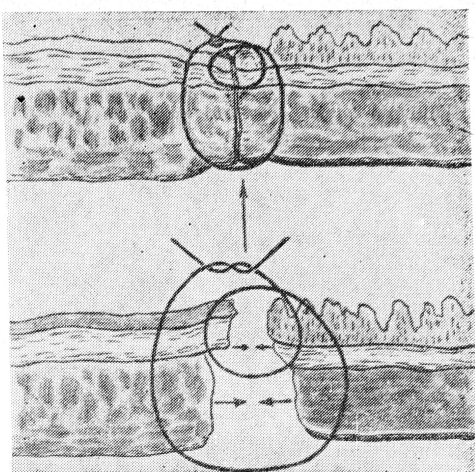


Рис. 4. Наложение адаптирующего шва при формировании пищеводно-кишечного соустья.

узловатыми шелковыми швами в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки на границе его верхней и средней трети.

Большое значение мы придаем ведению брюшной полости после чрезбрюшинной гастрэктомии. В конце операции к брюшине левого купола диафрагмы тонким кетгутовым швом фиксируем полихлорвиниловую трубку с боковыми отверстиями на конце, диаметром 2—3 см, на расстоянии 4 см от сформированного соустья. Ежедневно эвакуируем через трубку из поддиафрагмального пространства экссудат, который накапливается там первые дни, и вводим антибиотики. Герметичность дренажа-ирригатора достигается пережатием его кровоостанавливающим зажимом выше каждого прокола иглой. В первые сутки эвакуируется обычно 20—70 мл выпота, к 5-му дню после операции при благоприятном течении количество его уменьшается до 1—2 мл, а на 6-й день трубку удаляем. При начинающейся несостоятельности швов анастомоза количество экссудата постепенно увеличивается, появляется примесь желчи. Путем такого контроля за брюшной полостью удается диагностировать несостоятельность швов до развития симптомов разлитого перитонита и принять необходимые меры. Удаление экссудата и введение антибиотиков предотвращают развитие местного перитонита и создают лучшие условия для регенерации.

У 1 больного мы диагностировали несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья на 5-й день после операции на основании увеличения количества эвакуируемого из поддиафрагмального пространства экссудата и появления примеси желчи. Больного лечили консервативно. Исключили пероральное питание, экссудат из поддиафрагмального пространства постоянно эвакуировали через полихлорвиниловую трубку под малым отрицательным давлением (—10 см водяного столба), вводили антибиотики, парентерально — белковые кровезаменители, делали гемотрансфузии и т. д. Явления несостоятельности анастомоза исчезли на 8-й день, что было подтверждено рентгенологически. Полихлорвиниловую трубку удалили на 11-й день после появления симптомов несостоятельности. Больной поправился.

При чрезплевральном доступе производим активную аспирацию содержимого из плевральной полости по дренажу. После рентгенологического подтверждения расправления легкого дренаж удаляем на 3-й день. Послеоперационный период проводим по

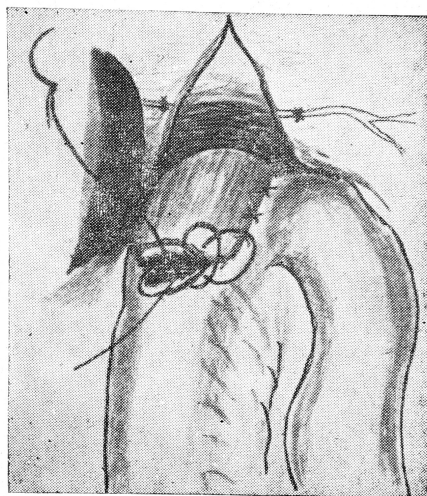


Рис. 5. Формирование передней стенки пищеводно-кишечного соустья после отсечения участка пищевода, простроченного танталовым швом.

общепринятой методике, пероральный прием жидкости разрешаем с 4-го дня. Первые глотки воды даем с разведенным в ней неомицином (500 000 ЕД на стакан кипяченой воды) чайными ложками.

Нами радикально прооперировано 6 женщин и 19 мужчин в возрасте от 29 до 68 лет. Все операции произведены по поводу рака, под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами. У 13 больных опухоль располагалась в кардиальном отделе желудка, при этом у 8 было поражение абдоминального отдела пищевода. У 3 больных было поражение верхней трети желудка в области малой кривизны, у 9 — почти тотальное поражение, у 3 — с прорастанием в абдоминальный отдел пищевода.

Две гастрэктомии с резекцией нижней трети грудного отдела пищевода выполнены комбинированным чрезбрюшинно-плевральным доступом. У 2 больных сделана резекция проксимальных $\frac{2}{3}$ желудка с наложением эзофагогастроанастомоза чрезбрюшинным доступом, у одного — чрезплевральная резекция проксимального отдела желудка и нижней трети грудного отдела пищевода. У 20 больных гастрэктомия выполнена чрезбрюшинным доступом. Значительно облегчает операцию этим доступом использование расширителя-подъемника реберных дуг, сконструированного М. З. Сигалом и К. В. Карбановым. При мобилизации абдоминального отдела пищевода чрезбрюшинным доступом у 9 больных сделана сагиттальная диафрагмотомия с круротомией. У 23 больных по культю двенадцатиперстной кишки обрабатывалась механическим танталовым швом, у двух — обычным ручным методом. Провизорный танталовый шов на пищевод был наложен у 20 больных. Полихлорвиниловую трубку вводили в поддиафрагмальное пространство во всех случаях чрезбрюшинных вмешательств, за исключением одного.

Умерло 2 больных. У одного больного после гастрэктомии абдоминальным доступом смерть наступила на 4-й день от перитонита в верхнем этаже брюшной полости без несостоятельности швов анастомозов. Второй больной после гастрэктомии и резекции нижней трети пищевода комбинированным чрезбрюшинно-плевральным доступом погиб на 12-й день после операции от двухсторонней сливной крупноочаговой пневмонии, развившейся на фоне токсического последствия химиотерапии нифуроном, проводимой перед операцией. На вскрытии явлений недостаточности пищеводно-кишечного соустья, располагавшегося интраплеврально, не обнаружено.

У двух больных наблюдались осложнения в послеоперационном периоде: у 1 была спасенная кишечная непроходимость и у 1 — местный перитонит. После ранних релапаротомий у обоих наступило выздоровление.

Отсутствие летальных исходов от недостаточности пищеводно-кишечного (желудочного) анастомоза, простота предлагаемых деталей техники, а также отсутствие риска при использовании перечисленных приемов позволяют рекомендовать их для практического применения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШЕЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ МЕТОДОМ ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЙ АНГИОСКОПИИ

Студ. З. М. Сигал

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

О жизнеспособности кишки судят по косвенным признакам — цвету, наличию перистальтических движений, внешнему виду и пульсации сосудов брыжейки. Однако они далеко не всегда отражают состояние кровотока в стенке кишки. Пальпаторное и визуальное определение пульсации сосудов брыжейки кишки не всегда удается. Не исключена возможность нарушения кровотока в интрамуральных сосудах кишки при сохранении его по брыжеечным сосудам в соответствующей области. Непосредственное определение кровоснабжения кишки возможно путем трансиллюминационного исследования кровотока (М. З. Сигал, 1962, 1964). На основе этого метода мы разработали вариант определения внутристеночного кровотока кишки. Работу проводили на 8 собаках. Использовали методику внутри- и внеполостной трансиллюминации. Без введения контрастных веществ виден весьма детальный рисунок сосудов субсерозной, подслизистой и слизистой сетей.

Предлагаемый нами способ сводится к следующему. За петлю кишки заводится осветитель — лампочка (6 в), соединенная посредством проводов с понижающим трансформатором, используемым для эндоскопии. Петля несколько растягивается воздухом, который перемешают к ней из соседних отделов или нагнетают баллоном Ричардсона. При этом получают четкое изображение внутристеночных сосудов исследуемого отдела кишечника. Затем у основания петли сдавливают между пальцами вступающие в нее сосуды и брыжейку. Таким образом прерывают кровоток. Далее.