

ПРИМЕНЕНИЕ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ НИИХЭАиИ ПРИ ЕЮНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ И ПИЩЕВОДЕ

Г. Д. Вилявин и Б. А. Бердов

Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР

Одним из основных вопросов в рациональности и безопасности оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте является выбор наиболее совершенного и надежного по прочности метода сшивания тканей и органов, создающего лучшие условия для регенерации в области наложенных соустьев.

Серьезным недостатком существующих методов наложения шелкового и кетгутowego швов является трудность адаптации однородных тканей — серозы и слизистой. Наложение непрерывного шва через все слои стенки органов без объективного точного расчета частоты стежков и силы сжатия тканей может вызвать чрезмерную ишемию и некроз или опасность кровотечения, а также инфицирует все ткани через шов, который лежит в просвете органов.

Таким образом, качество ручного шва даже независимо от характера шовного материала в значительной степени зависит от индивидуальных свойств хирурга, следовательно, не может определяться каким-либо объективным научным критерием.

Механический танталовый шов, в основу которого положен точный технический расчет, преследует цель не только ускорить и стандартизовать один из основных хирургических приемов, но создает более благоприятные биологические условия регенерации и компенсации функций реконструированного органа.

Наложение танталового шва с помощью сшивающих аппаратов имеет целый ряд преимуществ. Такой шов гарантирует полное соприкосновение однородных тканей. Шов образуется ровный, гладкий, без грубой деформации анастомоза. Применение сшивающих аппаратов значительно сокращает время и уменьшает травматичность оперативного вмешательства, позволяет оперировать с закрытыми органами. Танталовый шов создает равномерное давление на края анастомозов и лучшие условия для питания их, предупреждает некроз, обеспечивает надежный гемостаз, способствует заживлению без стадии гранулирования. Все это в значительной степени исключает влияние индивидуальной квалификации хирурга на формирование линии шва анастомозов и на исходы операций. Количество осложнений со стороны наложенных соустьев значительно меньше, чем при обычных ручных швах.

Метод гастроэюнопластических операций, сохраняющий естественный путь пищи через двенадцатиперстную кишку при частичном и тотальном удалении желудка, находит все большее число сторонников среди хирургов как в Советском Союзе, так и за рубежом.

Наш опыт применения в Институте хирургии им. А. В. Вишневского гастроэюнопластических операций показал, что формирование при этом методе ряда дополнительных анастомозов требует значительно большего времени для их выполнения, а открытие большего количества полостных органов увеличивает вероятность инфицирования брюшной полости. Все это диктует необходимость поисков более быстрой и пластичной методики наложения швов.

С целью уменьшения травматичности оперативного вмешательства, большей его асептичности и укорочения длительности этих операций мы с 1962 г. стали использовать при наложении анастомозов сшивающие аппараты НИИХЭАиИ.

Танталовый шов позволяет унифицировать метод оперативного вмешательства, стандартизировать основные технические моменты операции. Пластичность этих швов помогает избежать сужения анастомоза конец в конец при восстановлении проходимости тощей кишки и при анастомозировании пищевода с трансплантатом. Применение механического шва при еюнопластических операциях заметно уменьшает продолжительность оперативного вмешательства.

Всего нами было выполнено 46 операций на желудке с использованием аппаратов для наложения механических танталовых швов (УКЛ-40, УКЛ-60, УКЖ-8, НЖКА, СК, ПКС). Из них гастроэюнопластических операций — 16, в том числе гастрэктомий — 2, высоких резекций желудка — 14, две из них повторные реконструктивные операции по поводу пептической язвы анастомоза. У 28 больных механический шов был применен при резекции желудка с анастомозом по Бильрот-II и у 2 больных по Бильрот-I (рис. 1).

Во всех случаях гастроэюнопластических операций при мобилизации тонкокишечного трансплантата ушивание проксимального его конца для анастомоза с желудком конец в бок или с пищеводом конец в бок производилось аппаратами УКЛ-40 или УКЛ-60.

Для восстановления проходимости тонкой кишки анастомозом бок в бок просветы отрезка тонкой кишки также зашивались аппаратом УКЛ. В других случаях

межикишечный анастомоз накладывался конец в конец или ручным способом, или с помощью аппарата СК.

Анастомоз конец в конец двенадцатиперстной кишки и трансплантата у двух больных был выполнен с помощью сшивающего аппарата СК. Культи резецированного желудка у 3 больных была ушита с помощью аппарата УКЖ-8, а у 6 — с помощью УКЛ-60 (рис. 2).

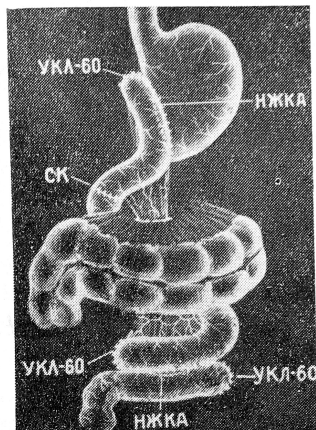
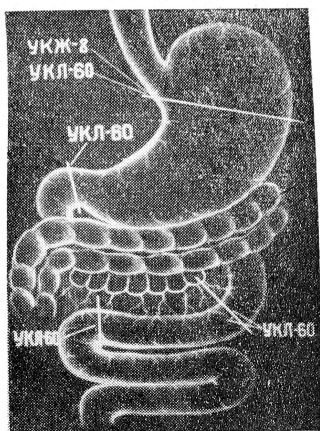


Рис. 1 и 2. Системы аппаратов, примененных в процессе резекции желудка с реконструкцией петель тощей кишки.

Для формирования анастомоза культи резецированного желудка и трансплантата был использован аппарат НЖКА.

При гастрэктомии анастомоз пищевода с трансплантатом тощей кишки у одного больного накладывался аппаратом ПКС, у другого — аппаратом НЖКА (рис. 3).

Большим преимуществом аппарата НЖКА при формировании соустья пищевода и трансплантата бок в бок при тотальном удалении желудка является то, что нет необходимости производить значительную мобилизацию задней стенки пищевода. Благодаря этому не нарушается васкуляризация тканей в области анастомоза, что имеет большое значение для последующего сращения краев сформированного соустья.

Послеоперационный период у большинства оперированных с помощью сшивающих аппаратов протекал без каких-либо осложнений, отсутствовали срыгивания и рвоты. Мы ни разу не наблюдали явлений отека анастомоза. Все трансплантаты прижили хорошо.

У одного больного имелось расхождение швов пищевода-тонкокишечного соустья, наложенного сшивающим аппаратом ПКС-25. Применение этого аппарата при наложении анастомоза пищевода с трансплантатом мы не считали рациональным из-за травматичности некоторых моментов операции и трудности контроля за герметичностью швов анастомоза.

Мы не можем считать легким освоение аппарата СК для наложения межикишечных анастомозов по принципу конец в конец, особенно для соустья культи резецированного желудка и двенадцатиперстной кишки по принципу Бильрот-I. Он слишком сложен по конструкции и громоздок для применения его на двенадцатиперстной кишке. Трудность лежит и в разнице толщины стенки двенадцатиперстной кишки и культи желудка. Мы не считаем рациональным применять ушивание культи двенадцатиперстной кишки аппаратом УКЛ-60 при глубоких пенетрирующих в поджелудочную железу язвах. Наоборот, пластичность шва аппаратом УКЛ-60 отвечает требованию ушивания антрального отдела желудка при резекции на выключение по Финстереру.

Изучение моторно-эвакуаторной функции реконструированного желудка на различных сроках после операции (до года) показало хорошую эвакуаторную функцию желудка и трансплантата.

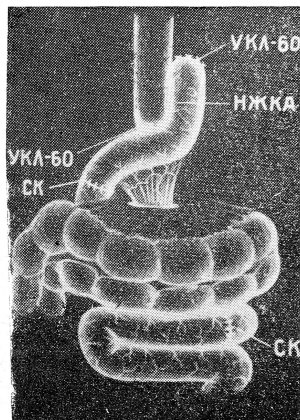


Рис. 3. Системы аппаратов, примененных в процессе тотального замещения желудка петлей тощей кишки.



Рис. 4. Рентгенологическое изображение желудка, реконструированного с помощью петли тощей кишки. Операция выполнена с помощью сшивающих аппаратов.

После наложения бокового анастомоза пищевода с трансплантатом аппаратом НЖКА при гастрэктомии вновь созданный «желудок» уже непосредственно после операции ритмично, небольшими порциями, пропускал контрастную массу в трансплантат, а затем в двенадцатиперстную кишку (рис. 4).

На рентгенограммах больных, у которых были наложены танталовые швы, уже через 6—7 месяцев после операции мы не видели ранее отчетливо выявлявшихся танталовых скобов.

ВЫВОДЫ

1. Применение сшивающих аппаратов НЖКА, УКЖ-8, УКЛ при гастроеюнопластических и при повторных реконструктивных операциях показало значительное преимущество этой методики.

2. Формирование соустьев с помощью танталового шва сокращает продолжительность оперативного вмешательства, уменьшает опасность инфицирования брюшной полости, исключает грубую деформацию анастомоза, создает лучшие условия для заживления наложенных соустьев, обеспечивает точное сопоставление линий шва, в значительно меньшей степени нарушает кровоснабжение. Все это особенно важно в пластической восстановительной хирургии.

3. Для гастропластических операций желательна разработка специальных аппаратов с погружными швами для наложения анастомозов конец в конец трансплантата с двенадцатиперстной кишкой и межкишечного анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев С. И., Чудновский П. Д. Хирургия. 1963, 12. — 2. Белкин В. Р. Механический шов в хирургии пищевода и кардиального отдела желудка. Автореф. канд. дисс. М., 1962. — 3. Вилявин Г. Д., Белкин В. Р. Хирургия. 1963, 10. — 4. Геселевич А. М. Вест. хир. 1963, 11. — 5. Грицман Ю. Я. Танталовый механический шов при резекциях желудка. Автореф. докт. дисс. М., 1961. — 6. Ратнер Ю. А., Баширова Н. Г., Димитриевский В. Н., Еляшевич Б. Л., Колсанов Н. А., Харитонов Р. К., Мустафин М. А. Хирургия. 1964, 8.

Поступила 10 ноября 1964 г.

УДК 616.34—007.272—02.616.85

РОЛЬ ПСИХО-НЕВРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ¹

Ш. Х. Байбекова

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Острая кишечная непроходимость в течение ряда столетий стоит в центре внимания врачей. Но и в настоящее время своевременная постановка диагноза острой кишечной непроходимости представляет трудности. Этим в основном и объясняется высокий процент летальности при этом тяжелом заболевании.

Острую кишечную непроходимость делят на две формы — механическую и динамическую. Наиболее полно изучена механическая кишечная непроходимость и чрезвычайно мало работ посвящено динамической. Недостаточность изучения данной формы кишечной непроходимости, очевидно, объясняется тем, что многие хирурги считают ее менее опасной, чем механическую непроходимость.

Наши многолетние наблюдения показали, что функциональные расстройства кишечника с изменениями моторики его, дающие симптомокомплекс острой кишечной непроходимости, наблюдаются нередко, и поставить точный диагноз при этом часто

¹ Доложено на заседании Хирургического общества ТАССР в марте 1964 г.