

резекции желудка проводились в случаях ограниченного прорастания опухоли в поперечно-ободочную кишку, ее брыжейку, печень, поджелудочную железу при отсутствии видимых метастазов и удовлетворительном общем состоянии больных. У 10 больных была произведена резекция желудка с поперечно-ободочной кишкой (скончался 1), у 9 — с частью печени, у 11 — с частью поджелудочной железы. У трех больных мы произвели резекцию с частями печени и поджелудочной железы (1 скончался) и у одного по ходу операции были вынуждены резецировать поперечно-ободочную кишку, печень и поджелудочную железу (больной скончался).

Остановимся на некоторых особенностях техники комбинированных резекций желудка при раке.

Мы согласны с большинством авторов, что резекция поперечно-ободочной кишки должна быть отнесена на конец операции.

При комбинированных резекциях желудка с частью печени летальных исходов не было. Для закрытия раны печени мы пользовались наложением 8-образных швов со свободной сальниковой прокладкой, а также П-образными швами по методике Кузнецова — Пенского.

При комбинированных резекциях желудка с частью поджелудочной железы мы придаем большое значение герметичному закрытию раны поджелудочной железы (по методике тройной пластики, описанной Е. Л. Березовым) с последующим дренированием брюшной полости.

Из 34 больных, которым произведены комбинированные резекции желудка при раке, после операции умерли 3.

Основной причиной смерти наших больных явился перитонит, развившийся вследствие: а) расхождения швов пищеводно-кишечного соустья, б) швов желудочно-кишечного соустья, в) швов анастомоза между отрезками поперечно-ободочной кишки. Расхождение швов наступило в результате их прорезывания. У двух больных перитонит развивался вяло, и момент прорезывания швов остался незамеченным, а у третьего было своевременно распознано прорезывание швов, однако повторная операция (разведение раны и дренирование брюшной полости) на 6-й день после комбинированной резекции эффекта не дала.

При гистологическом исследовании удаленных препаратов у наших больных оказались следующие формы рака: аденокарцинома — у 21, смешанная форма — у 10, инфильтрирующий скирр — у 3.

Мы получили сведения о состоянии 26 оперированных больных.

Живы 22, умерли в сроки от 6 мес. до 1 г. после операции 4 больных.

В каждом отдельном случае ограниченного прорастания опухоли желудка в соседние органы вопрос о расширении вмешательства следует решать строго индивидуально, учитывая при этом общее состояние больных, возраст, степень операционного риска, возможность операции с соблюдением принципа абластики и степень квалификации хирурга.

Мы полностью разделяем мнение Б. В. Петровского (1957), что комбинированные резекции желудка при раке должны производить только опытные хирурги, хорошо владеющие техникой этих операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Хирургия пищевода и кардии желудка при раке. Горький, 1957.
2. Головинич В. А. Тр. VI пленума правления Всесоюз. об-ва хирургов, 1957.
3. Петровский Б. В. Там же.
4. Напалков П. Н. Тр. I съезда хирургов Российской Федерации, 1959.
5. Поляничев А. А. Тез. докл. выездной сессии Гос. онкологического ин-та им. П. А. Герцена. Волгоград, 1955.
6. Савиных А. Г. Вестн. хир., 1955, 10.
7. Раков А. И. Вестн. хир., 1954, 3.
8. Сапожков К. П. Хирургия, 1946, 4.
9. Юдин С. Д. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Поступила 8 апреля 1961 г.

О ДВУХ ВАРИАНТАХ КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Проф. В. И. Попов и канд. мед. наук В. И. Филин

Клиника общей хирургии (начальник — проф. В. И. Попов) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

Опыт клиники общей хирургии Военно-медицинской академии показал, что функция искусственного пищевода, созданного из толстой кишки, вполне удовлетворительна. На протяжении шести лет в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии толстокишечная эзофагопластика по поводу заболеваний различных отде-

лов пищевода осуществлена у 85 больных. При рубцовом (10 больных) или опухолем (4 больных) поражениях шейного отдела пищевода толстая кишка на сосудистой ножке в качестве пластического материала использована у 14 больных.

Создание искусственного пищевода из толстой кишки осуществлялось в клинике по методике В. И. Попова (1957) и И. С. Мгалоблишвили (1957). Из особенностей этой методики можно отметить следующее. Для тотальной эзофагопластики почти у всех больных применялась левая половина толстой кишки протяженностью от печеночного угла до сигмовидной кишки. Как показал опыт клиники и анатомические исследования И. С. Мгалоблишвили (1959), условия питания правой половины кишки менее выгодны, чем левой, и часто не позволяют без риска нарушения кровообращения выделить надлежащей длины сегмент кишки. У трех наших больных при использовании для пластики пищевода правой половины толстой кишки наблюдался некроз верхнего конца трансплантата, чего ни разу не было при использовании левой половины. Не подлежит сомнению, что функция искусственного пищевода при изоперистальтическом расположении кишки будет лучше, чем при антиперистальтическом. Однако наши клинические наблюдения показали, что антиперистальтическое расположение левой половины толстой кишки, взятой для создания искусственного пищевода, не отражается существенно на его функции. Восстановление непрерывности толстой кишки после взятия трансплантата производилось анастомозом конец в конец, как правило, двухрядными узловатыми шелковыми швами с обязательным тщательным ушиванием отверстия брыжейки. Первые опыты восстановления пищевода из толстой кишки указали на опасность применения непрерывного кетгутowego шва из-за возможности сужения толстокишечного анастомоза и развития его отека, которые приводят к острой кишечной непроходимости. Во избежание развития частичной хронической непроходимости искусственного пищевода необходимо соединять нижний конец кишечного трансплантата с желудком достаточно широким анастомозом и не брать избыточный по длине трансплантат, ибо в противном случае в нижней его части образуются изгибы и мешковидные расширения.

В зависимости от уровня поражения шейного отдела пищевода, верхний конец толстокишечного трансплантата соединялся или с начальной частью пищевода (7 больных), или с глоткой (7 больных). По опыту клиники, соединение пищевода с кишкой конец в конец или конца кишки с боковой поверхностью пищевода дает более частое образование свищей на месте анастомоза, чем соединение бок в бок или соединение конца пищевода с боковой поверхностью кишки. С глоткой мы накладывали анастомоз двухрядными узловатыми шелковыми швами, как правило, бок в бок. Для наложения этого анастомоза освобождается боковая и задняя стенки гипофаринкса, а сам анастомоз должен располагаться на задне-боковой стенке глотки вблизи естественного входа в пищевод. При наложении анастомоза ассистент потягиванием за верхний и нижний рожки и боковую часть шитовидного хряща в направлении средней линии шеи помогает оператору ясно видеть в глубине раны нужную часть глотки. После наложения первого ряда задних швов и рассечения стенки глотки и кишечного трансплантата очень хорошо облегчает наложение второго ряда задних швов нежное расширение раны глотки крючком Фарабефа. Как при соединении кишечного трансплантата с пищеводом, так и при соединении с глоткой по типу бок в бок или конец пищевода в бок кишки анастомоз должен располагаться не менее чем на 3—4 см ниже от ушитого верхнего конца кишки. В случае более близкого расположения анастомоза к концу кишки возможно нарушение питания стенки кишки с образованием в последующем свища, а также сужение анастомоза инвагинированным концом кишки.

У больных раковым поражением пищевода наша тактика сводится к следующему. Если опухоль захватывает нижнюю часть шейного отдела пищевода и переходит на грудной отдел, то после обнажения пищевода в области шеи и выяснения вопроса об операбельности делается торакотомия для резекции пищевода по способу Торекса. Верхняя культя пищевода при этом способе, как известно, выводится на кожу. Если опухоль пищевода не поражает грудной отдел, то удаление пораженной его части можно осуществить из одного шейного разреза. Надо иметь в виду, что при очень короткой культе шейного отдела пищевода ее не следует вшивать в кожу, ибо она после операции, даже будучи подшитой, уходит глубоко в рану и приводит к гнилостному ее воспалению. При этом гнойное содержимое раны может попадать в глотку и трахею. Кроме того, при создании искусственного пищевода наложить анастомоз с такой культей не представляется возможным. Поэтому очень короткую культю шейного отдела пищевода мы рекомендуем ушивать и при производстве в последующем операции восстановления пищевода накладывать анастомоз верхнего конца кишечного трансплантата с глоткой. Оперативное лечение при раке пищевода проводится в два этапа, то есть после резекции пищевода и наложения желудочно-го свища для питания больного, пластика пищевода из толстой кишки делается не одновременно, а через 1—2 месяца. При рубцовых сужениях производится одномоментная пластика пищевода при любой локализации процесса.

Приводим следующее наблюдение.

Г., 43 лет, поступила 12/II-60 г. для устранения непроходимости пищевода после

химического ожога. Больна 10 месяцев. При рентгеноскопии и фарингоскопии установлено, что рубцовый стеноз начинается со входа в пищевод. Больная питается через желудочный свищ, наложенный ранее. Общее состояние удовлетворительное. Отклонений от нормы в состоянии дыхательной и сердечно-сосудистой систем не обнаружено. 11/III под интратрахеальным наркозом произведена одномоментная предгрудинная тотальная пластика пищевода левой половиной толстой кишки. Питающей ножкой оставлена а. и v. colica med. Кишечный трансплантат проведен позади желудка, нижний его конец соединен с желудком на передней поверхности последнего, а верхний — с глоткой бок в бок. В послеоперационном периоде осложнений не было. Функция искусственного пищевода, несмотря на антиперистальтическое расположение толстокишечного трансплантата, вполне удовлетворительная. Питаться через рот больная стала через 10 дней после операции. В первые дни жидкая пища частично попадала в дыхательные пути, а потом это явление полностью исчезло.

Таким образом, первым из рекомендуемых нами вариантов пластических операций при поражении шейного отдела пищевода является пластика толстой кишкой, взятой на сосудистой ножке. Вторым является свободная одномоментная пересадка кишки на шею с применением сосудистого анастомоза. Эта операция в клинике стала применяться с 1959 г. после соответствующих экспериментальных исследований в 1958—59 гг. (В. И. Попов, В. И. Филин). Свободная пересадка кишки для пластики шейного отдела пищевода произведена у 6 больных, страдавших или раком гортани с прорастанием в пищевод (3 больных), или раком пищевода с прорастанием опухоли в гортань (2 больных), или рубцовым поражением пищевода (1 больной). У 5 больных пересажена на шею тонкая кишка, а у одного — толстая кишка. У всех пересаженная кишка оказалась вполне жизнеспособной и была использована для пластики пищевода. Оперативное вмешательство при раке пищевода с таким вариантом его пластики разделяется на два или три этапа. При двухэтапном вмешательстве вначале производится резекция пораженной части пищевода и пересадка кишки, а потом через 15—20 дней — соединение верхнего конца кишки с глоткой, а нижнего — с пищеводом. При трехэтапном вмешательстве свободная пересадка кишки делается во втором этапе через 15—20 дней после первой операции, а ее соединение с глоткой и пищеводом — в третьем этапе. Так как у всех наших больных опухолевым процессом были поражены, кроме пищевода, гортань и глотка, то, наряду с резекцией пищевода, удалялись полностью гортань и часть глотки. Рана глотки ушивалась, а в нижнем отделе шейной раны оставалась трахеостома и выводилась культя пищевода. Для питания больного накладывалась гастростома. Положительной стороной двухэтапного метода операции является отсутствие рубцовых изменений в тканях на месте сосудов шеи, которые выделяются для сосудистого анастомоза. В таких условиях выделение этих сосудов не представляет никаких трудностей. Однако оперативное вмешательство, заключающееся в резекции пищевода и одновременной пересадке кишки, является длительным и более травматичным. Кроме того, при этом варианте имеется и большая возможность инфицирования раны шеи. Последние два обстоятельства не имеют места при трехэтапном варианте операции, но выделение сосудов из рубцовых тканей, появившихся через 15—20 дней после резекции пищевода, представляет иногда нелегкую задачу.

Техника свободной пересадки кишки с наложением сосудистого анастомоза, разработанная в клинике общей хирургии, сводится к следующему. Для сокращения длительности операции она должна проводиться двумя бригадами хирургов. Одна бригада через срединное чревосечение готовит кишечный трансплантат, в качестве которого может служить или сегмент тонкой, или сегмент толстой кишки. Перед выделением сосудов кишечного трансплантата в брыжейку вводится раствор новокаина, что облегчает выполнение этой задачи. Толстокишечный трансплантат выделяется вместе или с а. и v. colica media, или с ее ветвями, а тонкокишечный — вместе с основными радиарными (кишечными) стволами верхней брыжеечной артерии и вены. При этом лучше брать третью или четвертую ветви а. и v. mesenterica sup. При выделении сосудов трансплантата требуется особая осторожность, дабы не повредить их и не порвать их веточки. Сосуды кишечного трансплантата пересекаются только тогда, когда для анастомоза приготовлены сосуды шеи. Для этого другой бригадой хирургов делается продольный разрез шеи по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы от угла нижней челюсти до вырезки грудины. Выделяется основной ствол наружной сонной артерии от места бифуркации и до места отхождения височной и других артерий, а также выделяется наружная яремная вена или ветки внутренней яремной вены. Выделенные свободные концы сосудов кишки и сосудов на шее должны иметь длину примерно 3 см. После изъятия кишечного трансплантата из полости живота производится промывание сосудов кишки через артерию раствором гепарина. Это делается для того, чтобы избежать образования тромбов в сосудах трансплантата в период отсутствия кровообращения в нем. Непрерывность тонкой или толстой кишки восстанавливается анастомозом конец в конец двухрядными узловатыми шелковыми швами. Аппаратом для кругового сосудистого шва (АСИ-4) накладывается анастомоз конец в конец между артерией кишки и наружной сонной артерией выше язычной артерии,

а также между веной кишки и наружной яремной веной. Первым накладывается венозный анастомоз. После наложения анастомоза кишечный трансплантат приобретает нормальную окраску, начинает сокращаться. Хорошо видна пульсация его сосудов. При невозможности наложить артериальный анастомоз аппаратом для механического шва из-за тяжелых склеротических изменений наружной сонной артерии можно пользоваться ручным швом. Ручной способ успешно применен нами у двух больных. При этом используется атравматическая игла.

В послеоперационном периоде под ежедневным контролем больной в течение 7—10 дней получает антикоагулянты. Следует предупредить о возможности передозировки этих препаратов. У одного нашего больного при снижении протромбина до 25% возникло тяжелое артериальное кровотечение.

Приводим описание одного наблюдения.

О., 54 лет, 17/VI-59 г. подвергся операции по поводу рака гортани с прорастанием опухоли в начальную часть пищевода. Произведено удаление гортани, подъязычной кости, левой доли щитовидной железы и начальной части шейного отдела пищевода. Операция закончилась образованием трахеостомы. Конец оставшейся части шейного отдела пищевода вшит в кожу. Глотка была закрыта наглухо. Послеоперационный период осложнился расхождением краев раны глотки и абсцедирующей пневмонией. Образовалась фарингостома. Расстояние между свищом глотки и свищом пищевода — 10 см. 18/V-60 г. для пластики шейного отдела пищевода произведена свободная пересадка на шею сегмента тонкой кишки. Артерия кишечного трансплантата соединена конец в конец с левой наружной сонной артерией выше отхождения язычной артерии, а вена кишки — с левой наружной яремной веной. 29/VI произведено соединение кишечного трансплантата с глоткой и пищеводом. Через 10 дней больной стал питаться через рот. Функция искусственного пищевода — отличная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мгалоблишвили И. С. Экспер. хир., 1957, 6. — 2. Попов В. И. Вестн. хир., 1957, 6.

Поступила 29 октября 1960 г.

К МЕТОДИКЕ НАЛОЖЕНИЯ АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

Асс. В. Н. Дмитриевский

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

У ослабленных и истощенных больных раком желудка, радикально прооперированных, в ближайшем послеоперационном периоде довольно часто отмечается целый ряд осложнений. Наиболее часто встречаются застойные явления в культе желудка и двенадцатиперстной кишки — расширения культи желудка и стаз двенадцатиперстной кишки.

Возникающие после операции тяжесть в подложечной области, срыгивания желудочным содержимым и желчью, обильные рвоты, длящиеся иногда 1—2 недели, еще более истощают и без того ослабленных больных.

Неоднократные промывания желудка или введение постоянного аспирационного зонда при застойных явлениях затрудняют дыхание больных, отхаркивание мокроты и приводят, в конечном итоге, к пневмониям.

Застойные явления в культе желудка и двенадцатиперстной кишки нередко служат причиной недостаточности швов анастомоза со всеми вытекающими последствиями. Кроме того, застойные явления в культе желудка и двенадцатиперстной кишки, по данным А. В. Мельникова (1958) и др., вызывают под слизистой кровоизлияния, вследствие чего могут возникнуть поздние внутрижелудочные кровотечения, иногда со смертельным исходом.

Застойные явления в культе желудка и двенадцатиперстной кишки в ряде случаев приводят к постепенному некрозу слизистой с пропотеванием содержимого в свободную брюшную полость и развитием перитонита.

Патогенез растяжения культи желудка и двенадцатиперстной кишки не всегда ясен. А. В. Мельников считает, что расширение, то есть стаз в культе желудка, в той или иной мере всегда сопутствует его резекции. Застойные явления возникают как следствие патологических импульсов, исходящих с места перерезки ветвей блуждающего нерва и солнечного сплетения, при нарушении моторики, секреции, возникновении отека слизистой в области анастомоза и др.