

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 брюшиную 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.

Вышеописанные осложнения гораздо реже встречаются после аналогичных операций, производимых по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Это обстоятельство наводит на мысль, что так называемые анастомозиты не играют решающей роли в возникновении стазов культей желудка и двенадцатиперстной кишки.

Если не считать технических погрешностей, допускаемых иногда при наложении анастомоза на короткой петле (плохая «шпора», сужение отводящей петли анастомоза и др.), то основной причиной данных осложнений у раковых больных является, по-видимому, понижение общего тонуса организма и, в частности, понижение мышечного тонуса желудка и двенадцатиперстной кишки. Парез, паралич, то есть полное отсутствие мышечной функции культы желудка и двенадцатиперстной кишки, — вот основная причина застойных явлений и всех последующих осложнений. Все мероприятия при подобных осложнениях (неоднократное промывание культы желудка, вставление постоянного зонда и т. д.) направлены не столько на борьбу с «анастомозитами», сколько на восстановление тонуса мускулатуры культы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Стремясь предупредить подобные осложнения, некоторые хирурги совершенно отказались при резекции желудка от наложения анастомоза культы желудка с тощей кишкой на короткой петле. Они формируют анастомоз на длинной петле (впереди или позади ободочной) с дополнительным соустьем по Брауну. А. А. Русанов (1956) считает, что такое дополнительное вмешательство в ряде случаев не приводит к желаемым результатам, так как содержимое кишечника свободно может поступать в приводящую петлю и через межкишечное соустье, что ведет к нарушению функции анастомоза.

Большинство хирургов считает, что лучшей профилактикой подобных осложнений является анастомоз культы желудка с тощей кишкой, взятой по возможности ближе к трейцевой связке. Однако в выражение «по возможности ближе» разные авторы вкладывают различный смысл.

Так, И. Я. Слоним (1950) и А. А. Русанов (1956) предлагают подшивать петлю тощей кишки к культе желудка на расстоянии 3—5 см от трейцевой связки. В руководстве по оперативной хирургии под редакцией В. Н. Шевкуненко (1951) советуют накладывать анастомоз отступая на 10 см от трейцевой связки. Таким образом, в этом вопросе до сего времени существует еще много неясного, особенно для начинающих хирургов, не имеющих собственного опыта.

Имея в виду, что основной причиной застоя в культе желудка и двенадцатиперстной кишке является понижение мышечного тонуса последних, мы считаем, что оставшаяся часть желудка должна быть как можно меньше, что совпадает и с онкологическим принципом субтотальной резекции желудка при раке.

Как известно, выделительная функция желудка весьма значительна. У ряда больных в первые дни после операции культя переполняется жидкостью, хотя больной и не получает ее через рот. При большой культе резецированного желудка создаются условия для застоя желудочного содержимого и содержимого двенадцатиперстной кишки. Растянутый желудок, в свою очередь, по данным А. В. Мельникова, приводит к атрофии мышц культы, что еще больше усугубляет процесс. Нам приходилось видеть при повторных лапаротомиях, произведенных для устранения непроходимости анастомоза, а иногда и на секциях — огромные колбасовидные культы двенадцатиперстной кишки и огромные, вмещающие до ведра и более, расширенные культы желудка. Анастомозы в таких случаях, как правило, оказывались в порядке, но проходимость была нарушена из-за деформации, вызванной растяжением культы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для ликвидации этой опасности мы во всех случаях (как при антральных локализациях, так и при поражении тела желудка) производим субтотальную резекцию желудка. Помимо большего радикализма, субтотальная резекция неизбежно приводит к образованию малого желудка, что, в свою очередь, уменьшает возможность атонических застойных явлений.

Но главное, на наш взгляд, заключается в том, чтобы наложить анастомоз на предельно короткой петле. Для этого, проведя петлю тощей кишки через окно в мезоколон, подшиваем ее к задней стенке культы желудка на расстоянии 1,5—2 см от трейцевой связки. При этом брыжейка тощей кишки слегка натягивается. Но в дальнейшем, при вшивании культы желудка в окно мезоколон, когда культя несколько опускается вниз, — незначительное натяжение брыжейки тощей кишки полностью ликвидируется. Для уменьшения культы двенадцатиперстной кишки и уменьшения натяжения брыжейки тощей кишки мы нередко мобилизуем начальный отдел тощей кишки и конец двенадцатиперстной путем рассечения длинной трейцевой связки и спаек вокруг нее. Большое значение придаем формированию хорошей «шпоры» в области приводящего анастомоза.

На следующий день после операции, даже при отсутствии срыгиваний, во избежание стаза в культе желудка, производим откачивание тонким зондом желудочного содержимого и даем для уменьшения брожения одну столовую ложку 3% раствора соляной кислоты (откачивалось обычно от 10 до 50 куб. мл содержимого). На

второй день после операции больным разрешалось пить (примерно один стакан воды в день и три ложки раствора соляной кислоты). На третий день — щадящая диета.

Положение в постели — активное. На следующий день после операции больным разрешалось поворачиваться, сгибать ноги в коленях, назначалась дыхательная гимнастика.

С 1955 г. по июнь 1961 г. нами произведено 43 резекции желудка по поводу рака с наложением анастомоза на предельно короткой петле. Большинство резекций произведено электрохирургическим путем, разработанным М. З. Сигалом (39 резекций). У 19 больных опухоль располагалась в антральном отделе желудка, у 24 — в теле желудка. Летальных исходов не было.

У 41 больного послеоперационный период протекал гладко, без застойных явлений в культе желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 2 больных на второй день после операции отмечалось срыгивание (1—2 раза) желудочным содержимым. Однократное откачивание желудочного содержимого тонким зондом с осторожным промыванием через шприц Жане (20 мл воды с одной ложкой 3% раствора соляной кислоты) устранило эти осложнения.

По нашим наблюдениям, формирование анастомоза на предельно короткой петле хорошо предохраняет от последующих застойных явлений в культе желудка и двенадцатиперстной кишке как при обычных резекциях желудка, так и при электрохирургических. Четыре резекции желудка по обычной методике протекали совершенно гладко.

Важно подчеркнуть, что при наложении анастомоза на предельно короткой петле, кроме устранения застоя в культе желудка и двенадцатиперстной кишке, мы редко наблюдали парезы кишечника в послеоперационном периоде. Этому способствует, кроме всего прочего, раннее кормление, улучшающее общее состояние оперированных и перистальтику культы желудка и кишечника.

Хорошее послеоперационное течение позволяет шире рекомендовать наложение анастомоза на предельно короткой петле при резекции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников А. В. Рак желудка, М., 1960. — 2. Русанов А. А. Резекция желудка, М., 1956. — 3. Слоним И. Я. Техника радикальных операций по поводу рака, Киев, 1950. — 4. Шевкуненко В. Н. (ред.). Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией. М., 1951.

Поступила 11 октября 1961 г.

НЕКОТОРЫЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНИКИ СОЗДАНИЯ «ИСКУССТВЕННОГО ЖЕЛУДКА» ИЗ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ЧАСТИЧНЫХ И ТОТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ЖЕЛУДКА¹

Асс. Р. К. Харитонов

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)

Литература последних десятилетий об отдаленных последствиях частичных и тотальных резекций желудка свидетельствует со всей очевидностью, что у значительной части больных после этих операций возникают стойкие нарушения пищеварения. Развивающийся своеобразный сложный симптомокомплекс обозначается различными названиями: «агастральная астения» (А. А. Бусалов, М. С. Говорова), «резекционная болезнь» (Г. Г. Караванов и О. В. Фильц), «гипергликемический синдром» (О. Л. Гордон), «гипогликемический синдром»; в зарубежной литературе чаще применяется термин «демпинг-синдром», или «постгастрэктомический синдром».

Частота возникновения этого синдрома и степень его тяжести нередко зависят как от объема удаленной части желудка, так и от способа операции. Нередко при субтотальных резекциях желудка и гастрэктомиях эти нарушения пищеварения бывают выражены сильнее, чем при обычных резекциях. При этом большинство авторов приходит к выводу, что при резекциях по способу Бильрот-2 чаще наступают нарушения пищеварения, чем при способе Бильрот-1 с сохранением пассажа

¹ Доложено 6 мая 1961 г. на научной конференции медицинского отдела научно-исследовательского института экспериментальной хирургической аппаратуры и инструментария (НИИЗХАИ, Москва). В настоящую работу дополнительно включено три наблюдения.