

Л. А. ГЕВОРКЯН, В. О. САРУХАНЯН

ПРИМЕНЕНИЕ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ В ХИРУРГИИ

В настоящее время при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки методом выбора является операция резекции желудка. Техника операции детально разработана и стала достоянием широкого круга хирургов. Однако резекция желудка и на сегодняшний день является одной из наиболее серьезных и «капризных» операций абдоминальной хирургии, исход которой зависит от правильного формирования желудочно-кишечного анастомоза с хорошей истинной стомой, от качества шва, накладываемого на желудок, его герметичности, гемостатичности, прочности, а также от правильного сопоставления слоев кишечной и желудочной стенки внутри шва.

Сформировать такой анастомоз и наложить ручным способом швы, отвечающие изложенным требованиям, сможет хирург, имеющий большой опыт желудочной хирургии.

Применение сшивающих аппаратов, созданных НИИЭХАиИ, при употреблении которых качество шва лишь частично зависит от оперирующего, является стимулом для дальнейшего развития хирургии желудка и направлено на снижение числа осложнений, возникающих со стороны анастомоза.

В настоящее время имеется определенный опыт по применению этих аппаратов. П. И. Андросов [1] сообщил о применении аппарата УКЖ при резекции желудка в 108 случаях с совершенно гладким послеоперационным течением. По его словам, качество механического шва, наложенного аппаратами, меньше зависит от квалификации хирурга, в несколько раз сокращается время образования шва и упрощается методика операции. Е. М. Боровый [2], применив аппарат УКЛ-60 при резекции желудка у 15 больных, отмечает резкое (почти в два раза) сокращение времени, необходимого для производства операции, а также создание более асептических условий при производстве операции. Г. Д. Вилявин и В. Р. Белкин [4] сообщают о 60 радикальных и паллиативных операциях на пищеводе и кардии с применением аппаратов УКЛ-60 и НЖКА лишь с одним случаем недостаточности швов пищевода анастомоза. А. Е. Безуглый и В. Д. Колесов [3] у 41 больного применили с хорошим результатом аппарат УКЛ-60 71 раз на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, тонком и толстом кишечнике, а также на прямой кишке. Н. Н. Еланский [5] сообщает о более 200 резекциях желудка с применением сшивающих аппаратов.

Мы при операциях на желудке начали применять аппараты УКЖ, УКЛ-60 и НЖКА с 1959 г.

Аппарат УКЖ мы применяли при резекциях желудка в модификации В. А. Малхасяна (культя желудка зашивается наглухо, а анастомоз накладывается с первой короткой петлей по большой кривизне желудка) для ушивания культи желудка в два слоя. Однако опыт применения его на 12 больных показал, что первый ряд швов, накладываемых аппаратом, не надежен, не получается хорошего гемостаза и приходится, не накладывая второго серомускулярного ряда швов, снимать аппарат, накладывать дополнительные гемостатические швы и второй ряд серомускулярных швов от руки. Кроме отмеченного недостатка, аппарат громоздкий и неудобен при широких резекциях желудка, когда приходится работать в глубине операционной раны.

Ввиду приведенных обстоятельств, в дальнейшем при резекции желудка в той же модификации для ушивания культи желудка мы начали применять УКЛ-60, который накладывает двухстрочковый шов вполне герметичный и гемостатичный. Второй ряд швов накладывается от руки. После ушивания культи желудка анастомоз с короткой петлей накладывается по большой кривизне аппаратом НЖКА. Таким методом нами произведено еще 20 резекций желудка в той же модификации. В общей сложности аппарат УКЖ применен 12 раз, УКЛ-60—40 и НЖКА 32 раза. Ни в одном случае применения аппаратов УКЛ-60 и НЖКА осложнений, связанных с употреблением этих аппаратов, не наблюдалось.

Метод резекции желудка с тонкокишечной пластикой для включения в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки, без сомнения, является более прогрессивным и «физиологичным». Однако он не получил должного широкого применения ввиду большей сложности оперативной техники. Тем не менее, число произведенных резекций желудка с еюногастропластикой из года в год растет. По данным Е. И. Захарова [6], к концу 1962 г. в мировой литературе было опубликовано 3034 случая радикальных операций с еюногастропластикой. Из общего числа опубликованных наблюдений 1491 операция произведена отечественными авторами, а 1543—зарубежными авторами.

Занимаясь вопросом тонкокишечной пластики при резекции желудка, мы поставили перед собой задачу упростить технику еюногастропластики и по возможности максимально сократить время, необходимое для ее производства. С этой целью нами модифицирована операция Ниссена-Петрушинского с применением аппаратов УКЛ-60 и НЖКА.

В доступной нам литературе имеется описание лишь одного случая еюногастропластики с применением сшивающих аппаратов [4].

Принципиальная разница между методикой Ниссена-Петрушинского и нашей модификацией состоит в следующем. Культя желудка закрывается наглухо аппаратом УКЛ-60 с перитонизацией линии шва. Анастомоз с желудком накладывается по большой кривизне аппаратом НЖКА, полукисетные швы перитонизируются, приводящая петля двумя

швами наводится на желудок, создавая шпору. Межкишечный анастомоз также накладывается аппаратом НЖКА.

По описанной методике мы произвели 14 резекций желудка с еюногастропластикой. При этом как аппарат УКЛ-60, так и НЖКА употреблены 28 раз каждый. Ни в одном случае осложнений, связанных с применением сшивающих аппаратов, не было.

При наблюдении за этой группой больных в отдаленные сроки после операции было отмечено, что почти во всех случаях наступает полная реканализация стенозированного отдела отводящей петли и основная масса контрастного вещества поступает в тонкий кишечник, минуя двенадцатиперстную кишку, и лишь незначительная часть ее попадает в дуоденум. Это обстоятельство, на наш взгляд, почти полностью сводит на нет все преимущества еюногастропластики перед резекцией желудка во второй модификации Бильрота.

Исходя из этого, мы с 1963 г. резекцию желудка с еюногастропластикой стали производить по предложенной нами модификации метода Томода.

Резекция желудка с еюногастропластикой в предложенной модификации производилась по следующей схеме. Желудок по линии рассечения прошивается аппаратом УКЛ-60. Удаляемая часть желудка отсекается и отводится вправо. Накладывается второй ряд серомускулярных швов на культю желудка. Через окно в мезоколон проводится первая петля тонкой кишки, которая, отступая от связки Трейча на 25—30 см, перевязывается кетгутовой нитью в двух местах и между ними рассекается. Концы рассеченной кишки перитонизируются кисетным швом. Анастомоз с желудком по большой кривизне формируется аппаратом НЖКА. Отмеривается длина трансплантата, кишка также между двумя кетгутовыми лигатурами рассекается, и концы ее погружаются в кисетный шов. Желудок отсекается от двенадцатиперстной кишки и удаляется. Анастомоз с двенадцатиперстной кишкой бок в бок или конец в конец. При наложении бокового анастомоза с двенадцатиперстной кишкой в некоторых случаях удается использовать аппарат НЖКА, что значительно упрощает наложение анастомоза и экономит время, необходимое для его формирования. После образования дуоденального анастомоза между приводящей и отводящей петлями тонкого кишечника накладвается межкишечный анастомоз при помощи аппарата НЖКА.

По описанной методике нами оперировано 15 больных с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Недостатком описанной модификации является то, что трансплантат оказывается рассеченным с обеих сторон, что дополнительно травмирует его и отрицательно сказывается на сроках восстановления перистальтики. Одновременно в результате такого двухстороннего рассечения образуются четыре кишечных конца, которые необходимо дополнительно обработать. Исходя из этого, нами разработан новый вариант еюногастропластики при резекции желудка с односторонним рассечением кишечной петли. Эта методика является более приемлемой, так как

содержит в себе все положительные стороны метода Куприянова-Захарова и лишена основного ее недостатка, а именно технических трудностей и опасностей, связанных с выделением кишечного трансплантата и мобилизацией ее брыжейки.

При еюногастропластике по этой модификации приводящая петля у желудочно-кишечного анастомоза не рассекается и после формирования нижнего анастомоза с желудком наводится на его переднюю стенку и фиксируется там 2—3 швами. Тем самым создается шпора, препятствующая попаданию пищевых масс в приводящую петлю. Подобная методика обеспечивает минимальную травматизацию транспонированной петли без нарушения кровоснабжения и иннервации ее. Еюногастропластика в описанной модификации отличается от обычной резекции желудка с межкишечным анастомозом лишь тем, что приходится накладывать дополнительный анастомоз с двенадцатиперстной кишкой.

По описанной модификации оперировано без каких-либо осложнений 17 больных.

В общей сложности у больных этих двух групп аппарат УКЛ-60 применялся 42 раза, а аппарат НЖКА—45 раз. Каких-либо осложнений, связанных с применением аппаратов, не наблюдалось.

Преимуществом сшивающих аппаратов является то обстоятельство, что при идеальном сопоставлении тканей не происходит их разможжения и, следовательно, процессы регенерации происходят в наиболее благоприятных условиях. Отсутствие некротических и больших воспалительных изменений в анастомозе можно объяснить тем, что спустя 1,5—2 года после наложения анастомоза танталовые скрепы хорошо видны на рентгенограмме, они не прорезываются и не выводятся из линии швов анастомоза, следовательно, заживление происходит, если можно так выразиться, первичным натяжением, что, бесспорно, является положительным фактом. Анастомозы получаются настолько герметичными, что можно даже не накладывать второго ряда серомускулярных швов. Это положение иллюстрируется одним наблюдением, когда при наложении межкишечного анастомоза аппаратом НЖКА линия шва ошибочно прошла на уровне прикрепления брыжейки к кишке, ввиду чего не представилось возможным наложить задний ряд серомускулярных швов. Однако в послеоперационном периоде каких-либо осложнений со стороны анастомоза не выявлено. Второй ряд швов накладывается в обязательном порядке, однако между отдельными стежками оставляется гораздо большее расстояние, чем обычно.

Наложение третьего анастомоза при еюногастропластике является нежелательным обстоятельством, усложняющим технику резекции желудка, удлиняющим время оперативного вмешательства, создающим условия для дополнительного инфицирования брюшной полости. Применяя для дополнительного инфицирования брюшной полости, необходимая сшивающие аппараты, мы значительно сокращаем время, необходимое для еюногастропластики, доведя его до 1 ч. 30 мин.—1 ч. 50 мин. Необходимо отметить, что при применении аппаратов резекция желудка с еюногастропластикой производится в условиях, максимально при-

ближающихся к асептическим, и лишь анастомоз с двенадцатиперстной кишкой накладывается от руки (в отдельных случаях и этот анастомоз можно сформировать аппаратом НЖКА). Это обстоятельство является одним из существенных моментов при использовании сшивающих аппаратов для еюногастропластики.

В ы в о д ы

1. Операция еюногастропластики стенозированной непересеченной петлей, ввиду развития полной реканализации стенозированных отделов, не создает условий для пассажа пищевых масс через двенадцатиперстную кишку.

2. Еюногастропластика односторонне рассеченной петлей тонкой кишки является наиболее простой и безопасной методикой, обеспечивающей пассаж пищевых масс исключительно через двенадцатиперстную кишку.

3. Применение сшивающих аппаратов при резекции желудка с еюногастропластикой значительно упрощает технику операции, сокращает время, затрачиваемое на нее, и создает условия, максимально приближающиеся к асептическим.

Клиника факультетской и госпитальной хирургии педиатрического, санитарно-гигиенического факультетов Ереванского медицинского института

Поступило 13/VII 1965 г.

Լ. Ա. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Վ. Չ. ՍԱՐՈՒԽԱՆՅԱՆ

ԿԱՐՈՂ ԱՊԱՐԱՏՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՎԵՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՄԵՁ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակները լայն կերպով կիրառում են կարող ապարատներ ստամոքսի վիրաբուժության մեջ, թե սովորական մասնահատման և թե բարակաղիքային պլաստիկայի ժամանակ:

Կլինիկայում մշակված և ներդրված է եյունոգաստրոպլաստիկայի ուրույն մեթոդիկա, որը զուրկ է այն հիմնական թերություններից, որոնք հատուկ են մինչ այդ եղած եղանակներին:

Դրական գնահատական է տրված «УКЛ» և «НЖКА» ապարատներին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андросов П. И. Вестник хирургии, 1960, 4, стр. 43.
2. Боровый Е. М. Клиническая хирургия, 1962, 8, стр. 24.
3. Безуглый А. Е. и Колесов В. Д. Вестник хирургии, 1964, 1, стр. 79.
4. Вилявин Г. Д. и Белкин В. Р. Хирургия, 1963, 10, стр. 18.
5. Еланский Н. Н. Хирургия, 1964, 4, стр. 6.
6. Захаров Е. И. Хирургия, 1964, 4, стр. 127.