

Гастрэктомия является сложным и опасным оперативным вмешательством, которое даже в плановой хирургии сопровождается большим количеством осложнений и летальностью до 20% [1, 5, 9]. Совершенствование техники гастрэктомии в последнее время в ряде клиник позволило снизить летальность до 2,6-5% [4, 10, 11]. В ургентной хирургии гастрэктомия является срочным и одновременно вынужденным оперативным вмешательством, к которому большинство хирургов относятся крайне сдержанно из-за высокого риска у неподготовленного больного. В последние годы в связи с совершенствованием техники хирургических вмешательств, прежде всего методики формирования эзофагоэноанастомоза, в литературе появились сообщения о выполнении гастрэктомии на высоте кровотечения. Опыт проведения гастрэктомии в неотложном порядке невелик, и лишь А.И. Горбашко и В.В. Ершов с соавт. сообщают о 34 больных раком желудка (14 и 20 человек соответственно), которым была выполнена гастрэктомия при желудочном кровотечении. Летальность при этом составила 50% и 25%. Применение комбинированных гастрэктомий при желудочном кровотечении еще более ограничено.

С 1993 года по 2000 год в больнице скорой медицинской помощи г. Минска оперированы 15 больных в возрасте от 30 до 67 лет (женщин - 2, мужчин – 13), у которых для радикальной остановки продолжающегося желудочного кровотечения была произведена гастрэктомия.

В зависимости от причины, вызвавшей кровотечение, больные распределились следующим образом: гигантская каллезная язва желудка, подозрительная на малигнизацию (2 больных); малигнизированная язва кардиального отдела желудка – у 1; язвенно-инфильтративная форма рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу – у 4; инфильтративный рак желудка с прорастанием в брыжейку поперечно-ободочной кишки – у 1; рецидивирующее кровотечение при висцеральной форме неспецифического васкулита – у 1; саркома желудка с прорастанием в селезенку – у 1; инфильтративно-язвенная форма рака тела и кардиального отдела желудка – у 5 больных.

На высоте кровотечения оперативные вмешательства произведены у 13 больных. 4 пациента оперированы в неотложном порядке в первые 2-4 часа от начала кровотечения при неудавшейся попытке эндоскопического гемостаза. Остальные больные оперированы в ближайшие двое суток после консервативно остановленного кровотечения. У этих пациентов был высокий риск рецидива кровотечения или оно рецидивировало, но не носило профузного характера. Операции у них выполнялись в более спокойной обстановке, после определенной предоперационной подготовки больного. Двое больных оперированы в отсроченном порядке: один при установленном диагнозе аденокарциномы отказался от перевода в онкодиспансер, у второго был получен ложноотрицательный ответ гистологического исследования и интраоперационная находка оказалась для хирурга неожиданной.

Гастрэктомия с резекцией брыжейки поперечно-ободочной кишки при прорастающем раке желудка выполнена у одного больного, гастроспленэктомия с левосторонней гемипанкреатэктомией при инфильтративно-язвенной форме рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу - у троих, гастроспленэктомия с холецистэктомией, холедохолитотомией и холедоходуоденоанастомозом при сочетании кровотечения из опухоли желудка с калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой (1 больной), 10 пациентам выполнена изолированная гастрэктомия.

Гистологическое подтверждение злокачественного процесса имелось только при отсроченных операциях. Экспресс биопсию производить не представлялось возможным. В таких ситуациях объем операции решался на основании интраоперационной оценки локальных изменений. Летальных исходов и несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов не было. Онкологическая патология подтверждена при микроскопии удаленного желудка. Все больные выписаны под наблюдение онколога по месту жительства.

У 11 больных послеоперационный период протекал гладко. У 4 человек развились осложнения: подпеченочный абсцесс справа у больного с рецидивирующими желудочными кровотечениями при висцеральной форме неспецифического васкулита (выполнено успешное дренирование полости абсцесса под УЗИ-контролем); частичная несостоятельность холедоходуоденоанастомоза имела место у пожилого больного 65 лет после экстирпации желудка с холецистэктомией, холедохолитотомией,

холедоходуоденостомией. Желчеистечение самостоятельно прекратилось на 14 сутки; у двоих больных диагностирована послеоперационная пневмония, которая разрешилась в результате консервативного лечения.

Для улучшения функциональной реабилитации больных была разработана и внедрена новая методика оперативного восстановления непрерывности пищеварительного тракта после удаления желудка с включением в транзит пищи двенадцатиперстной кишки. Предлагаемые варианты пластического замещения желудка петлей тонкой кишки [3, 6] слишком сложны в исполнении и для urgentных ситуаций не подходят.

При этом мы основывались на следующих основных положениях: 1) карциномы, развившиеся в язве или возникшие из полипов, отличаются меньшим индексом биологической агрессивности и меньшей способностью к метастазированию [3]; 2) депонирование поступающего пищевого содержимого на ограниченном протяжении предотвращает его стремительное распределение по кишечному тракту и способствует уменьшению массивной резорбции с большой поверхности, что является факторами, благоприятно сказывающимися на энтеральном питании больного, улучшающими обменные нарушения, положительно влияющими на патологические синдромы у безжелудочных больных. Транзит пищевых масс по двенадцатиперстной кишке обеспечивает адекватное пищеварение.

На первом этапе операции с помощью разработанных приемов мобилизации двенадцатиперстной кишки достигается достаточное ее сближение с пищеводом без натяжения. Для этого выполняется рассечение переходной складки брюшины с двенадцатиперстной кишки на боковую стенку живота, отделение печеночного изгиба ободочной кишки от передней полуокружности двенадцатиперстной кишки, смещение панкреатодуоденального комплекса от нижней полой вены, от сосудов брыжейки поперечно-ободочной кишки и от аорты. Дополнительно рассекается брюшина над элементами гепатодуоденальной связки в супрадуоденальной части. В результате углы перехода верхнего горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки в нисходящий и нисходящего в нижний горизонтальный сглаживаются, кишка приобретает крючкообразную форму, что позволяет сместить ее медиально на 6-8 см, а панкреатодуоденальный комплекс в краниальном направлении на высоту 1-2 позвонков. Желудок мобилизуется вместе с связками и большим и малым сальниками. Пищевод пересекается над пищеводно-желудочным переходом не ближе 4-5 см до верхней границы опухоли, затем рассекается желудок примерно на 1 см проксимальнее пилорического жома. Желудок резецируется дистально на 7-8 см ниже прощупываемой границы опухоли. Формируется анастомоз между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой “конец в бок” с помощью концевой циркулярного сшивающего аппарата. После чего пилорический отдел желудка фиксируется к левой ножке диафрагмы отдельными лигатурами (рис. 1).

Такая схема операции обуславливает возможность создания горизонтального “пищевого резервуара” за счет луковицы двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка с включением двенадцатиперстной кишки в процесс пищеварения.

Таким образом, мы добились следующих преимуществ:

за счет разработанных методов мобилизации двенадцатиперстной кишки стало возможным достаточное сближение двенадцатиперстной кишки и пищевода;

за счет применения циркулярного концевой сшивающего аппарата обеспечена техническая простота формирования пищеводно-двенадцатиперстникокишечного анастомоза;

герметичность и надежность анастомоза обеспечивается двумя рядами скрепочно-механического шва;

за счет сохранения луковицы двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка при формировании анастомоза “конец в бок” создается горизонтальный “пищевой резервуар”;

подшиванием анастомоза за пилорическую часть желудка к диафрагме отпала необходимость в дополнительной фиксации его в поддиафрагмальной области;

б) включение в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки и создание “пищевого резервуара” способствует функциональной послеоперационной реабилитации.

Указанным способом было оперировано 5 больных с благоприятным результатом. При гистологическом исследовании препарата по линии рассечения желудка опухолевого роста не выявлено. Осложнений и летальных исходов не было. Через 2 недели после операции при рентгенологическом контроле барий депонируется в “пищевом резервуаре” на 1-1,5 часа, нет эффекта провала контраста из пищевода в кишку, подкова двенадцатиперстной кишки расширяется, рельеф

слизистой оболочки становится утолщенной, перистальтика замедлена. Субъективно выраженных признаков демпинг-синдрома не отмечено.

При гастрэктомии кроме технических сложностей включения двенадцатиперстной кишки в процесс пищеварения имелись опасения развития рефлюкс-эзофагита. Мы провели сравнительное обследование больных, перенесших гастрэктомию с эзофагоэюноанастомозом на отключенной петле по Ру, эзофагоэюноанастомозом на длинной петле с Брауновским соустьем и оперированных по разработанной нами оригинальной методике и доказали, что боязнь развития тяжелого эзофагита преувеличена.

К послеоперационному рефлюкс-эзофагиту следует относить наряду с рентгенологическим и эзофагоскопическим забрасыванием кишечного или желудочного содержимого в пищевод и клинические проявления заболевания. Одни рентгенологические признаки регургитации без клинических проявлений и без гистологически подтвержденной эндоскопией выраженной воспалительной реакции со стороны плоского эпителия пищевода не правомочны констатировать это состояние.

Клиническим симптомами рефлюкс-эзофагита считаем появление болей за грудиной разной интенсивности, срыгивания и дисфагию. Так же как и другие авторы [2, 3, 7], мы выделяем легкую, среднюю и тяжелую формы этого осложнения. Легкая — незначительные болевые ощущения за грудиной, непостоянная изжога и отсутствие дисфагии. Средней тяжести — изжога и болевые ощущения выражены постоянно, при каждом приеме пищи. Тяжелая форма — болевые ощущения за грудиной нестерпимые, больной боится принимать пищу, спит полусидя, дисфагия становится постоянной вследствие спазма пищевода и отека слизистой оболочки.

Согласно приведенной выше классификации тяжелой формы рефлюкс-эзофагита у оперированных нами больных не было; средней степени тяжести отмечен у одного больного с пищеводно-кишечным анастомозом "конец в конец" на выключенной по Ру петле (всего по такой методике оперировано 2 человека). Еще у 2 больных (из 5 оперированных) наблюдался рефлюкс-эзофагит легкой степени после гастрэктомии с формированием горизонтального пищеводно-кишечного анастомоза по Гиляровичу, у 3 больных после гастрэктомии с формированием эзофагоэюноанастомоза "конец в бок" на выключенной по Ру петле клинических признаков эзофагита не было.

Возникновение рефлюкс-эзофагита зависит от вида оперативного вмешательства, типа наложенного соустья, состояния больного и погрешностей в технике операции. Последний чаще возникает в тех случаях, когда пищевод атоничен и не способен быстро продвинуть кишечное содержимое в нижележащие отделы пищеварительного тракта. Атония пищевода и регургитация — два основных фактора развития эзофагита. Удаление всего желудка приводит к тому, что содержимое оставшейся двенадцатиперстной кишки или тонкой кишки беспрепятственно может поступать в пищевод. Этому способствует и ваготомия, сопровождающая такие операции. Пересечение блуждающих нервов нарушает перистальтику пищевода, а также некоторые функции органов брюшной полости. Каждый анастомоз рубцуется, но рубцовые процессы тем выраженнее, чем грубее накладывается соустье, чем больше воспалительных изменений развивается в стенке сшиваемых органов. Заживление раны первичным натяжением при отсутствии несостоятельности обеспечивает максимальную эластичность анастомоза.

Метод формирования соустья также влияет на последующую его функцию. Все анастомозы конец в конец неудобны тем, что создают непрерывную трубу — непосредственное продолжение пищевода в желудок или кишку. Это не препятствует обратному затеканию в пищевод. Вшивание конца пищевода в бок кишки дает возможность задерживаться воздуху выше анастомоза, что создает подобие газового пузыря и угла Гиса. Газовый пузырь выше анастомоза способствует сдавливанию его или пищевода в этом месте, препятствует регургитации.

Эзофагодуденоанастомозы после гастрэктомии во всех случаях не осложнялись рефлюкс-эзофагитом в связи с тем, что функцию кардии вполне заменяла начальная часть двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка, препятствующие обратному продвижению кишечного содержимого.

Число оперированных указанным способом больных все же мало, чтобы статистически доказать преимущество предлагаемого способа. Но оно достаточно, чтобы показать — такая операция может быть

альтернативой общеизвестным способам. Считаем, что полученный функциональный результат является оптимальным для такого объема операции.

Учитывая выше изложенное, результаты применения гастрэктомии на высоте желудочного кровотечения можно оценить как обнадеживающие.

Выводы:

1. Операции при раке или неэпителиальных опухолях желудка на высоте кровотечения должны быть направлены на устранение его источника. При прорастании опухоли в соседние органы возможны расширенные операции.

2. Гастрэктомия при раке желудка может быть выполнена с соблюдением всех современных онкологических принципов.

3. Гастрэктомию следует стремиться выполнять в предлагаемом варианте с включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки и созданием горизонтального “пищевого резервуара”.