

Шотт Владимир Александрович, Савченко Андрей Васильевич

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЕГО РУЧНЫМ И МЕХАНИЧЕСКИМ ШВОМ

Приведены результаты эндоскопического исследования и биопсии гастроеюноанастомоза у 30 больных, перенесших инструментальную резекцию желудка по Бильрот-II с новым способом формирования гастроеюноанастомоза, обоснованы преимущества механического шва перед ручным при создании соустья желудка и тощей кишки.

Ключевые слова: способ формирования гастроеюноанастомоза, инструментальная резекция желудка, биопсия гастроеюноанастомоза.

V.A.Shott, A.V.Savchenko.

Healing Peculiarities of Gastric-Jejunum Anastomosis Performed Manually and Mechanically.

Belarusian State Medical University, 9-th Minsk-city Hospital.

There were results of endoscopic analysis and biopsy of gaster-jejenum anastomoses at 30 patients operated with instrumental stomach resection (Bilroth – II) by using the new method of formation of gaster-jejenum anastomoses. It was proved the advantage of mechanical suture as compared with manual in case of formation of junction between stomach and jejunum.

Key words: method of formation of gaster-jejenum anastomoses, instrumental stomach resection, gaster-jejenum anastomoses biopsy.

Выбор кишечного шва для формирования гастроеюноанастомоза при резекции желудка по Бильрот-II во многом определяет его заживление и функцию в послеоперационном периоде. Применение шва Альберта-Шмидена в ряде случаев приводит к образованию грубого соединительнотканного рубца в зоне соустья, нарушению эвакуаторной функции и увеличению сроков реабилитации больных. Особенности заживления гастроеюноанастомоза, сформированного различными способами, позволяют оценить качество кишечного шва и выбрать тот, который создает оптимальные условия для заживления желудочно-тонкокишечного соустья. Мы разработали и применяем в клинической практике с 1998 г. новый способ формирования гастроеюноанастомоза при инструментальной резекции желудка по Бильрот-II, обеспечивающий соединение кишки с краями культи желудка.

Целью исследования явилась оценка особенностей заживления гастроеюноанастомоза в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка по Бильрот-II, выполненной механическим и ручным швом.

30 больным выполнили инструментальную резекцию желудка по Бильрот-II. Гастроеюноанастомоз накладывали новым способом с формированием концебокового соустья. На заднюю стенку желудка накладывали механический инвертированный шов, а на переднюю - механический эвертированный. Качество гемостаза в зоне наложенного шва контролировали визуально. Углы анастомоза ушивали ручными П-образными сквозными швами, которые перитонизировали серозно-мышечными швами. Контрольную группу составили 4 больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, с применением ручного шва.

Всем больным на 10-15 сутки выполняли эндоскопическое исследование, во время которого оценивали характер заживления раны в области передней и задней стенок, углов анастомоза и малой кривизны культи желудка. Обращали внимание на наличие анастомозита и характер эвакуации из культи желудка. По результатам эндоскопического исследования делали вывод о характере заживления раны в зоне механического и ручного швов.

Выявлено, что у всех больных после инструментальной резекции желудка на 10-15 сутки анастомоз был проходим, у 29- имелась перистальтика в зоне анастомоза. У 4 больных в культе желудка было умеренное количество содержимого, у 1 эвакуация в отводящую петлю была замедлена. У 8 больных отмечена примесь желчи в желудочном содержимом. В зоне передней и задней стенок соустья выявлена полная эпителизация. У 19 больных в области верхнего и нижнего углов соустья (зона ручного шва) были поверхностные эрозии, налет фибрина и грануляции. У 11 больных из 30 регенерация слизистой была завершена. У всех больных отсутствовали клинические проявления анастомозита.

У 3 из 4 больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II с применением ручного шва, при контрольном эндоскопическом исследовании анастомоз был проходим, перистальтика в зоне гастроюноанастомоза выявлена у 1, задержка эвакуации имела место у 1 больной. У всех больных в области соустья выявлены эрозии, язвы, налет фибрина, подтвержденные результатами биопсии зоны анастомоза. Завершения регенерации слизистой на 13-15 сутки не было отмечено ни у одного больного, клиническая картина анастомозита была у 1 пациента. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Характеристика анастомоза
в зависимости от вида шва**

Результаты эндоскопического исследования	Механический шов	Ручной шов
Количество больных	30	4
Проходимость анастомоза	30	3
Перистальтика в зоне анастомоза	29	1
Задержка эвакуации	1	1
Эрозии и налет фибрина в области углов анастомоза	19	4
Завершение регенерации слизистой в зоне анастомоза на 15 сутки	11	0
Клиническая картина анастомозита	0	1

4 больным, оперированным по предложенной методике, во время эндоскопического исследования выполнена биопсия из передней и задней стенок и углов анастомоза. Во всех случаях выявлено хроническое воспаление в желудочной и кишечной части анастомоза умеренной степени активности с лимфоидной инфильтрацией стромы. Биопсия анастомоза выполнена 2 больным, перенесшим резекцию 2/3 желудка по Бильрот-II с формированием гастроюноанастомоза ручным швом. В одном наблюдении выявлен язвенный

анастомозит с выраженной клеточной инфильтрацией краев. У другой больной при эндоскопическом исследовании выявлена картина выраженного анастомозита, инфильтрация выступающего края в зоне шва, ригидность стенки в этой зоне, выраженная гиперемия, эрозии. Биопсию выполнить не удалось, так как в культе желудка было значительное количество жидкости и пищи, принятой накануне.

Результаты наблюдений показали, что механический шов создает оптимальные условия для заживления тканей и регенерации слизистой, которая у большинства больных заканчивается к 12-15 суткам послеоперационного периода. В зоне ручного шва отмечены более выраженные явления воспаления, эрозии, грануляции и налет фибрина, эпителизация слизистой здесь была замедленной. Наглядно выявляется преимущество механического шва перед ручным в сроках и качестве заживления тканей в зоне формируемого соустья желудка с тощей кишкой.

Таким образом, при инструментальной резекции желудка с новым способом формирования гастроэнтероанастомоза обеспечивается заживление тканей в зоне соустья с менее выраженной воспалительной реакцией и в более ранние сроки, что существенно сказывается на сроках выздоровления и на течении послеоперационного периода. Сюда следует добавить сокращение времени операции и ее эстетические особенности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Некрасов Л.П. «Эндоскопическая оценка различных способов наложения анастомозов после резекции желудка».-Хирургия,1991, № 3, с.83-85.
2. Шотт А.В., Запорожец А.А., Клинецвич В.Ю. «Кишечный шов».-Минск, «Беларусь», 1983.
3. Шотт А.В., Запорожец А.А. (под ред.) «Основы теории и практики кишечного шва».-Минск,1994.