**Общие принципы паллиативных операций на желудке и кишке**.

Паллиативными операциями называют хирургические вмешательства, которые направлены на облегчение состояния больного и на устранение угрожающей жизни симптомов при невозможности у больного удаления пораженного очага.

К паллиативным операциям на желудке относят:

1. Гастротомия – вскрытие или рассечение желудка
2. Гастростомии – наложение желудочного свища при анатомической непроходимости пищевода
3. Гастроэнтеростомии – наложение желудочно-кишечного соустья при анатомической непроходимости привратника или 12 п. кишки

К паллиативным операциям на тонкой кишке относят:

1. энтеростомии

Наложение кишечного свища в начальном отделе тощей кишки носит название - еюностомия

Наложение кишечного свища в дистальном отделе тонкой кишки вблизи илиоцекального угла носит название – илеостомия

Еюностомию накладывают для искусственного питания больного, когда исключается возможность наложения желудочного свища. Еюностомию до сих пор выполняют по способу Витцеля.

Илеостомию формируют для отведения кишечного содержимого при иноперабельной опухоли слепой кишки или при паралитической форме кишечной непроходимости.

К паллиативным операциям на толстой кишке относят:

1. наложение калового свища – колостомия. Операция выполняется как экстренное вмешательство при кишечной непроходимости в целях отведения кишечного содержимого. Чаще всего накладывают на сигмовидную кишку.
2. наложение искусственного заднего прохода anus praeternaturalis. Эта операция может являться частью радикальной операции экстирпации прямой кишки или паллиативной операцией при иноперабельной опухоли прямой кишки при ее кишечной непроходимости.
3. создание обходного анастомоза – соединением соустьем участка кишки центральнее опухоли с участком кишки к периферии от опухоли.

Прибегают к схемам обходных колостомических анастомозов по Грекову II

1. анастомоз между повздошной и поперечной ободочной кишкой

илеоколостомия колоколостомии

1. анастомоз между правой и левой половиной поперечной ободочной кишкой
2. анастомоз между поперечной и нисходящей ободочной кишкой
3. анастамоз между поперечной и сигмовидной кишкой

Хирургия желудка и кишки является сравнительно молодой отраслью медицинской науки и практики, получившей свое развитие лишь с середины прошлого столетия, хотя отдельные попытки оперативных вмешательств в желудке предпринимались уже в 17 и 18 веках.

Один из таких случаев, описанный Даниэлем Беккером в 1636 году, представлен в монографии Юдина “Этюды желудочной хирургии”, я вкраце процитирую его “В виду редкости случая, которому в литературе едва ли найдется подобный, Беккер созвал собрание медицинского факультета Кенигсберского Университета 25 июня 1635 года. Убедившись, что сообщаемый больным анамнез о случайном проглатывании ножа – не есть плод фантазии и что силы больного допускают операцию, порешили сделать ее, дав болеутоляющего испанского бальзама. 9 июля при большом стечении врачей, учащихся и членов медицинской комиссии приступили к операции. Помолившись Богу, больного привязали к доске, декан наметил углем место разреза длинной в четыре поперечных пальца, на два пальца ниже ребер, отступя от пупка влево на ширину ладони. Хирург Даниель Шабе вскрыл литотомом брюшную стенку. Прошло полчаса, наступили обмороки, больного отвязывали и вновь привязывали к доске.

Попытки вытянуть желудок щипцами не удавались, наконец его зацепили острым крючком, провели сквозь стенку лигатуру и вскрыли по указанию декана. Нож был извлечен при аплодисментах присутствующих. Его длина 5,5 дюймов. На стенку живота наложили пять швов и повязку с бальзамом. В течении 14 суток давалось лишь тепловатое питье, наступило выздоровление.”

Еще раньше в 1602 г. подобная операция была выполнена Матиасом Флорианом в Браденбурге.

С 1602 по 1877 г. в литературе описано 17 гастростомий.

Гастростомия – рассечение желудка, относится к числу наиболее старых операций на желудке и наиболее простых.

Показания к гастростомии:

1. инородные тела желудка
2. трихобезуар
3. ритобезуар
4. остановка кровотечения
5. удаление полипов слизистой оболочки желудка на ножке
6. диагностическая гастротомия

Оперативный доступ: чаще всего прибегают к верхней срединной лапаротомии.

Описание операции:

В операционную рану выводят переднюю стенку желудка и по длинной оси его на уровне тела желудка, посредине между малой и большой кривизной проводят рассечение необходимой длинны серозной и мышечной оболочки, останавливают кровотечение из сосудов подслизистого слоя. Затем посередине длинны разреза с обеих сторон накладывают два шва – держалки. Растягивая и одновременно приподнимая стенку желудка рассекают слизистую оболочку. Этот прием предупреждает вытекание содержимого желудка, последнее удаляют с помощью салфеток или электроотсоса.

В зависимости от цели операции выполняют необходимые манипуляции, после их окончания отверстие в стенке желудка зашивают 2х рядным швом, т.е. выполняют операцию гастрорафию (наложение швов). Первый ряд шва краевой, вворачивающий (по Шмидену или Тупе), через все слои стенки желудка, 2ой ряд – серозно-серозный или серозно-мышечный по Ламберу.

Гастростомия

Гастростомия более сложная операция на желудке, чем гастротомия, и является одной из самых распространенных паллиативных операций.

Гастростомия заключается в образовании искусственного пути сообщения между желудком и внешней средой.

Идея такой операции принадлежит норвежскому хирургу Egeberg, который высказал мнение (май 1837г.), что если путем рассечения желудка можно удалять из него инородные тела, то почему бы не воспользоваться отверстием в желудке для введения в него пищи и лекарств.

Приоритет в теоретическом обосновании и технической разработке гастростомии принадлежит профессору Московского университета В.А. Басову. В 1842 году он доложил в Московском обществе испытателей природы результаты 8 опытов, проведенных на собаках “Замечания об исскуственном пути в желудок”, в этом же году опыты были опубликованы в журнале “Записки по части врачебных наук”.

Впервые гастростомию на больном человеке выполнил французский хирург Седилло в 1849г., больной умер от шока. Повторная попытка, предпринятая в 1853г. закончилась летальным исходом на 10 день от перитонита.

Первую успешную гастростомию выполнил в 1876г. Верней (Эр.) 17 летнему больному, умершему через 15 месяцев от чахотки.

Показания к гастростомии:

1. Непроходимость пищевода при иноперабельном раке (СЛ – I), рубцовых сужениях в результате ожога, с целью кормления больного и ретроградного бужирования пищевода.
2. Ранения пищевода – как предварительный этап основной операции на пищеводе.
3. Атрезия пищевода (полная врожденная непроходимость), как предварительный этап пластической операции на пищеводе.
4. Дивертикулы пищевода, доброкачественные опухоли, как предварительный этап основной операции.
5. Трахео-пищеводные илибронхо-пищеводные свищи.
6. Эмманация радия при раке крдиального отдела желудка.

В отдельных случаях показаниями к гастростомии могут служить воспалительные процессы пищевода и глотки, длительные коматозные состояния вследствие черепно-мозговой травмы, с нарушением акта глотания.

Требования к гастростомии:

1. Гастростомический канал должен быть достаточно широким для прохождения пищи.
2. Гастростомический канал должен быть прямым и занимать минимальную площадь желудка.
3. Гастростомический канал не должен самостоятельно облитерироваться при временном извлечении трубки.
4. Гастростомический канал должен достаточно хорошо герметизировать полость желудка для предупреждения обратного излияния желудочного содержимого на переднюю брюшную стенку.

Гастростомия, как операция направленная на спасение больных от угрозы голодной смерти, прошла большой путь от простого подшивания желудка к брюшной стенке со вскрытием его просвета и образованием свища до сложных пластических операций создания гастростомы с использованием изолированной петли тонкой или толстой кишки.

К настоящему времени в литературе опубликовано свыше 100 модификаций гастростомии, которая может быть наложена временно или постоянно, в зависимости от показаний к операции.

Все предложенные способы гастростомии можно разделить на следующие группы:

1. Гастростомический канал формируется из передней стенки желудка, при этом канал свища выстлан серозной оболочкой желудка и грануляционной тканью. Такой канал имеет форму трубчатого свища. (гастростомия по Витцелю, по Штамму-Сенну-Кадеру).
2. Гастростомический канал формируется путем извлечения в рану передней стенки желудка в виде конуса и подшивания его к брюшной стенке. При этом канал желудочного свища на всем протяжении выстлан слизистой оболочкой. Так формируют губчатый свищ по способу Топровера.
3. Пластические способы гастростомии с использованием изолированной петли тонкой или толстой кишки.

Остановимся на отдельных классических методах гастростомий, представляющие наибольший практический интерес.

Гастростомия по Витцелю

(таблицы №1 и 2)

Методика Витцелем предложена в 1891г. предусматривает формирование трубчатого свища выстланного серозной оболочкой желудка.

Оперативный доступ - проводят трансректальный кожный разрез слева на 3-4 см отступя от белой линии живота. Вскрываются послойно брюшинная полость. (лапаротомия)

(табл. I)

В операционную рану выводится участок передней стенки желудка, к которой прикладывают резиновую трубку необходимого диаметра (до 1 см). Резиновую трубку располагают по средней оси желудка, отступя 10 см от пилорического отдела.

Резиновая трубка обшивается 5-7 серозно-мышечными швами длинной не менее 5 см.

Узловые серозно-серозные швы накладывают так, чтобы над трубкой две параллельные складки передней стенки желудка сомкнулись до полного соприкосновения краев.

Таким образом создают косой трубчатый канал длинной 4-5 см, завязывая серозно-серозные узловые швы, кроме 2х-3х последних со стороны пилорического отдела желудка.

Двумя анатомическими пинцетами приподнимают переднюю стенку желудка и рассекают все слои скальпелем. Образуется отверстие в желудке по размерам адекватное диаметру трубки. В это отверстие погружают конец резиновой трубки в просвет желудка, завязывая над трубкой наложенные ранее серозно-серозные швы.

У пилорического отдела желудка в месте погружения конца резиновой трубки можно наложить кисетный шов и кисетным швом закрепить погруженный в просвет желудка конец резиновой трубки.

(II табл.)

Затем накладывают второй ряд серозно-серозных швов над расположенной в канале трубкой.

На этом заканчивается первый этап операции – формирование гастростомического канала на передней стенке желудка.

(табл. II)

II этап операции по Витцелю – гастропексия: обеспечение полной герметизации брюшной полости путем срастания париетальной брюшины и висцеральной брюшины передней стенки желудка.

С этой целью шестью-восьмью (6 - 8) узловыми швами подшивают париетальную брюшину вокруг трубки к серозной оболочке желудка, чем достигается полная герметизация брюшинной полости уже через 12 - 24 часа после операции.

Далее следует послойное зашивание раны с фиксацией трубки в верхнем углу раны.

Предложенная Витцелем методика гастростомии страдает рядом существенных недостатков:

1. Прежде всего у больного появляется необходимость постоянного ношения резиновой трубки, которая нередко выпадает из желудочного свища с последующим излиянием содержимого желудка, что приводит к мацерации кожи и промоканию белья. Повторное введение трубки в желудок через свищевой ход может быть затрудненным или невозможным ввиду самостоятельного закрытия свища, т.к. канал быстро облитерируется. Для вновь введенной трубки повторно делают операцию.
2. Введение резиновой трубки в просвет желудка вблизи пилорического отдела не позволяет больному принимать достаточное количество пищи. Такой желудок может удерживать незначительное количество пищи.
3. Резиновая трубка на передней стенке укрепляется двухрядным швом между большой и малой кривизной желудка. Обе кривизны сближаются и уменьшают объем желудка, что может привести к желудочной непроходимости.

Поэтому методика гастростомии по Витцелю в ее классическом варианте в настоящее время не применяется.

Существенные изменения в методику Витцеля внесли Гермез, китаец Хо Дак Ди, Юдин и Терновский.

Чаще всего гастростомия по Витцелю выполняется в модификации Хо Дак Ди.

Резиновая трубка вводится в просвет желудка через отверстие вблизи кардиального отдела, в остальном повторяя методику Витцеля.

При этих условиях внутреннее отверстие гастростомической трубки располагается на уровне газового пузыря. Автор полога, что это создает герметичность трубчатому свищу и содержимое желудка не будет выливаться наружу.

Однако образованный таким образом свищ удобен лишь для ретроградного бужирования пищевода при рубцовой непроходимости его, т.к. конец введенной в желудок трубки обращен в сторону кардии.

Однако приведенная модификация не исключает основных недостатков классического Витцеля.

1. необходимости постоянного ношения резиновой трубки
2. нарушение герметизации желудка при выпадении трубки
3. невозможности повторного введения выпавшей трубки ввиду самостоятельного закрытия свища

Гастростомия по Штамму – Сенну – Кадеру.

Данная методика разработана в 1894 – 1896 годах предусматривает образование прямого гастростомического канала в просвет желудка.

Оперативный доступ: (Сл. II)

Левый трансректальный кожный разрез. Переднюю стенку желудка выводят в рану, натягивают ее так, чтобы образовался конус. Отступя от вершины конуса на 2 см, вокруг нее последовательно накладывают два ряда кисетных швов на расстоянии 2 см между ними.

Между держалками, наложенными на переднюю стенку желудка у вершины конуса рассекают все слои желудка. В образовавшееся отверстие вводят резиновую трубку, фиксируя ее к одной из держалок.

Затем резиновую трубку инвагинируют в полость желудка до уровня первого ряда кисетного шва, который затягивают и завязывают на трубке от вершины к основанию конуса, а далее подобным образом инвагинируют трубку до второго ряда кисетного шва, который также завязывают.

Производят гастропексию аналогично как по способу Витцеля.

Рана передней брюшной стенки послойно зашивается.

Приведенная методика гастростомии по Кадеру технически проста, обеспечивает более полную герметизацию полости желудка в случаях выпадения трубки, поскольку гастростомический канал инвагинирован в просвет желудка (эффект типа “чернильницы – невыливайки”).

Недостаток

Не исключает недостатков Витцеля – необходимости постоянного ношения трубки, невозможности повторного введения выпавшей трубки, т.к. гастростомический канал выстлан изнутри серозной оболочкой желудка, способной быстро срастаться.

Гастростомия по Топроверу

Впервые данная методика операции была опубликована в 1934 году, а в 1940 г. выпущена монография автора с подробным анализом способа.

В отличие от изложенных методов операции гастростомии предложенный способ по Топроверу предполагает образование губовидного свища желудка для длительного использования.

Оперативный доступ – трансректальный кожный разрез слева, наиболее часто используемый при всех модификациях гастростом.

(сл. II)

Переднюю стенку желудка выводят в рану в виде конуса. На вершину конуса накладывают два шва держалки, а затем накладывают последовательно три кисетных шва толстой лигатурой.

Причем первый кисетный шов на расстоянии 2 см от вершины конуса, а последующие на расстоянии 1,5 см друг от друга. Между швами держалками вскрывают просвет желудка и в него вводят резиновую трубку диаметром в 1 см.

Вокруг трубки последовательно затягиваются от основания к вершине конуса и завязываются все три кисета начиная с первого. В результате получается гофрированный цилиндр передней стенки желудка высотой 4 – 5 см с расположенной в нем резиновой трубкой.

Далее выполняют гастропексию, подшивая на уровне II или III кисета ( в зависимости от толщины передней брюшной стенки) стенку желудка к париетальной брюшине вокруг цилиндра.

Затем накладывают 6 – 7 узловых швов на обе стенки влагалища прямой мышцы живота, таким образом, что образуется мышечно-апоневротическое кольцо вокруг гастростомического цилиндра на уровне II-го или III-го кисета.

При зашивании кожи иссекают из ее краев два полулунных участка шириной 0,5 – 1,5 см, в том месте, где предполагают вшить губовидный свищ (верхний или нижний угол раны).

После зашивания кожи удаляют из полости желудка резиновую трубку и формируют губовидный свищ, подшивая к коже края стенки рассеченного желудка.

В результате операции образуется гастростомический свищ, выстланный на всем протяжении слизистой оболочки желудка. По ходу свища имеется 3 клапана, образуемых из складок слизистой и обуславливающих достаточный герметизм.

Постоянное ношение резиновой трубки при данном способе операции излишне, нет опасности самопроизвольного зарастания свища.

Вместе с тем, следует отметить, что и гастростомия, выполненная по способу Топровера, имеет ряд существенных недостатков.

Остановимся на следующей группе паллиативных операциях – гастроэнтестомиях.

В конце прошлого века широкую популярность приобрела операция гастроэнтеростомия, впервые успешно выполненная в 1881 г в венской клинике Бильрота, его учеником Вельфлером.

Сравнительная техническая простота выполнения операции, низкая летальность и хорошие непосредственные результаты сразу после операции, способствовали тому, что на Берлинском конгрессе хирургов в 1906 г Кронлейн объявил гастроэнтеростомию операцией выбора при язвенной болезне и стенозирующем раке пилорического отдела желудка.

За разработку операции гастроэнтеростомию Вельфлер получил золотую медаль.

По мнению хирургов того времени, гастроэнтеростомии создавали условия для заживления язвы желудка. Предполагалось что ускоренная эвакуация пищи из желудка через созданное соустье и нейтрализация кислого желудочного сока в результате постоянного забрасывания щелочного доуденального содержимого в желудок по приводящей петле обеспечивали покой язве.

Гастроэнтеростомия получила название “внутренней аптеки”. Рассмотрим передний впередиободочный желудочно-кишечный анастамоз, который предложил Вельфлер.

Брюшинную полость вскрывают верхним срединным разрезом, обходя пупок слева. По способу Губарева находят начальный отдел тощей кишки по связкам Трейтца т.е. доуденоеюнальные складки брюшины, которые фиксируют тощую кишку к задней брюшной стенке.

Для анастамоза берут петлю тощей кишки, отмтоящую от flexura duodenojejunalis на 50 – 60 см. Эту петлю длинной 10 см. выводят впереди большого сальника и поперечноободочной кишки. Петлю изоперистальтически пришивают к передней стенки тела желудка.

Причем по Вельфлеру соустье занимает среднюю часть подшитой петли тощей кишки.

В 30ые годы, когда накопился большой опыт применения гастроэнтеростомий, были тщательно изучены отдаленные результаты и отношение к этой операции существенно изменилось.

Ожидаемого заживления язв желудка не наступало, к тому же появились осложнения – пептические язвы приводящей петли анастамоза, а также синдром приводящей петли.

Изоперистальтически наложенный гастроэнтероанастамоз приводил к образованию порочного круга, т.е. нарушению движения содержимого из желудка.

Различают два случая развития порочного круга:

1. Когда пищевые массы продолжают поступать через привратник, 12 п. Кишку в приводящую петлю и соустье анастамоза снова в желудок.
2. Когда пищевые массы попадают через соустье не в отводящее колено петли тощей кишки, а в приводящее колено, далее в 12 п. Кишку, там задерживаются или иногда возвращаются в желудок.

В настоящее время в классическом варианте гастроэнтеростомию по Вельфлеру не выполняют. Выполняют только в ее модификации с добавочным энтероэнтероанастамозом по Брауну.

На 10 см. ниже желудочно-кишечного соустья между приводящим и отводящим коленами формируется межкишечное соустье по типу “бок в бок”. Ширина межкишечного соустья должна быть больше просвета кишки и составлять (1,5 диаметра).

Эта операция в настоящее время выполняется и носит название передний впередиободочный изоперистальтический гастроэнтероанастамоз по Вельфлему с добавочным энтероэнтероанастамозом по Брауну.

Данное сформированное соустье является операцией выбора при иноперабельной опухоли привратника желудка.

Показания к операции гастроэнтеростомии:

1. Стенозирующие опухоли пилорического отдела желудка

(сл. V) пилоростеноз

1. Стенозы привратника вследствие рубцовых перерождений или другие формы пилоростеноза
2. Подготовка ослабленных больных к обширным операциям на желудке

Противопоказания к каждому виду гастроэнтеростомозов определяются в ходе операции для каждого больного индивидуально.

Популярность выполнения операции гастроэнтеростомии привело к появлению многочисленных модификаций. Все они могут быть разделены на две основные группы:

1. Гастроэнтероанастамозы впередиободочные передний и задний
2. Гастроэнтероанастамозы позадиободочные передний и задний

Передний гастроэнтероанастамоз, так как соустье накладывают на переднюю стенку желудка независимо от того впередиободочный или позадиободочный.

Задний гастроэнтероанастамоз, когда соустье накладывают на заднюю стенку желудка.

В настоящее время чаще всего выполняют заднюю позадиободочную гастроэнтеростомию по Петерсену при стенозе привратника желудка.

Наложенный гастроэнтероанастамоз таким образом является наиболее физиологичным, т.к. так как формирует соустье на предельно короткой приводящей петле в 7 см. по сравнению с впередиободочной 50 – 60 см.

Достоинством желудочно-кишечного соустья по Петерсену является еще и то, что анастамоз обеспечивает беспрепядственную эвакуацию желудочного содержимого благодаря вертикальному направлению анастамоза и более высокому положению приводящей петли.

Желудочно-кишечное соустье открывается непосредственно в отводящее колено петли тощей кишки. Такое положение соустья препятствует образованию у больного порочного круга.

Поэтому при вертикальном положении больного содержимое желудка не попадает в приводящую петлю. И этим исключается причина образования порочного круга или синдрома приводящей петли.

Недостатком впередиободочной гастроэнтеростомии, которая выполняется в настоящее время при иноперабельных опухолях привратника является образование длинной петли тощей кишки, которая не адаптирована к кислому содержимому желудка, что приводит к образованию пептических язв приводящей петли.

Фильм: Диагностика и лечение рака желудка.