

**И.И. Каган, А.А. Третьяков, В.К. Есипов, В.И. Ким,
Д.Ю. Коновалов, С.Н. Лященко, П.В. Самойлов, А.Ф. Щетинин**

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией
проф. И.И. Кагана и проф. А.А. Третьякова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 9

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ ЖЕЛУДКА

9.1. ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА

(Патент на изобретение RU № 2364352)

9.1.1. Формула изобретения

Способ наложения шва при формировании пищеводно-желудочного анастомоза, включающий наложение соустья по типу «конец пищевода на переднюю стенку желудка» с последующим укрытием анастомоза передней стенкой желудка отдельными серозно-мышечными швами, отличающийся тем, что после резекции пищевода и желудка формируют анастомоз однорядным непрерывным швом с проведением нити через серозно-мышечно-подслизистый слой на желудке и адвентициально-мышечно-подслизистый слой на пищеводе без захвата слизистой оболочки (рис. 9.1).

9.1.2. Показания и противопоказания к применению

Показания:

- 1) злокачественные новообразования пищевода и кардии желудка;
- 2) травматические повреждения пищевода и кардии желудка;
- 3) посттравматические рубцовые стриктуры пищевода;
- 4) эзофагит, осложненный рубцовым стенозом.

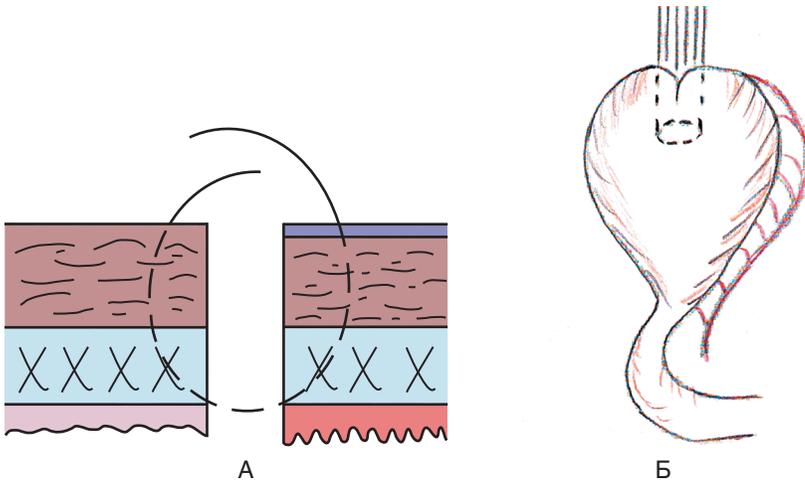


Рис. 9.1. Схема микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза по типу «конец пищевода на переднюю стенку желудка»: А — способ наложения однорядного непрерывного серозно-мышечно-подслизистого шва на желудке и подслизисто-мышечно-адвентициального шва на пищеводе без захвата слизистой оболочки; Б — окончательный вид пищеводно-желудочного анастомоза по типу «конец пищевода на переднюю стенку желудка»

Противопоказания:

- 1) выраженный отек и инфильтрация стенок пищевода и желудка;
- 2) выраженное натяжение сшиваемых тканей при формировании пищеводно-желудочного анастомоза;
- 3) тяжелое общее состояние пациентов.

9.1.3. Микрохирургический инструментарий и шовный материал

Микрохирургические этапы операции выполняют под оптическим 6–10-кратным увеличением бинокулярной лупы Санкт-Петербургской МТК «Медилен» или операционного микроскопа, набора микрохирургических инструментов. В качестве шовного материала используют монофиламентную нить PDS 6/0 на атравматической круглой игле фирмы ETHICON.

9.1.4. Этапы выполнения

Методика формирования пищеводно-желудочного анастомоза следующая.

Сначала фиксируют пищевод к передней стенке желудка 6 узловыми серозно-мышечными швами нитью PDS 6/0. По 2 боковых шва с каждой стороны и 2 шва, фиксирующих заднюю стенку пищевода.

Затем желудок рассекают на ширину просвета пищевода через все слои в направлении на 6–7 мм дистальнее наложенных перед этим швов и приступают к наложению однорядного непрерывного микрохирургического шва без захвата слизистой оболочки.

При формировании задней губы анастомоза иглу с нитью PDS 6/0 вначале проводят через серозно-мышечно-подслизистый слой на желудке и подслизисто-мышечно-адвентициальный слой на пищеводе с завязыванием узла вне просвета анастомоза. Далее продолжают накладывать непрерывный шов с проведением иглы через подслизистую основу, мышечный и серозный слои желудка, выводят ее в край разреза, затем вкол иглы делают в адвентициальный, мышечный слои и подслизистую основу пищевода, завязывают концы нити вне просвета соустья. Расстояние вкола иглы от краев раны и между стежками составляет 2–3 мм.

При сшивании передней губы анастомоза иглу со стороны желудка проводят через серозный, мышечный слои, подслизистую основу и выкальвают в край разреза без захвата слизистой оболочки, далее иглу проводят через подслизистую основу, мышечный, адвентициальный слои на пищеводе, завязывают концы нитей вне просвета соустья, добиваясь плотного соприкосновения краев и сопоставления слоев стенки органов. После соустья укутывают передней стенкой культи желудка отдельными узловыми серозно-мышечными швами нитью PDS 6/0, создавая при этом инвагинат длиной 1–1,5 см.

9.2. МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНВАГИНАЦИОННЫЙ КОНЦЕБОВОЙ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

(Патент на изобретение RU №2535075)

9.2.1. Формула изобретения

Способ формирования пищеводно-желудочного анастомоза путем инвагинации анастомоза в просвет желудка отличается тем, что на задней стенке культи желудка делают поперечный линейный разрез, проводят конусообразное выпячивание задней стенки и выведение ее в от-

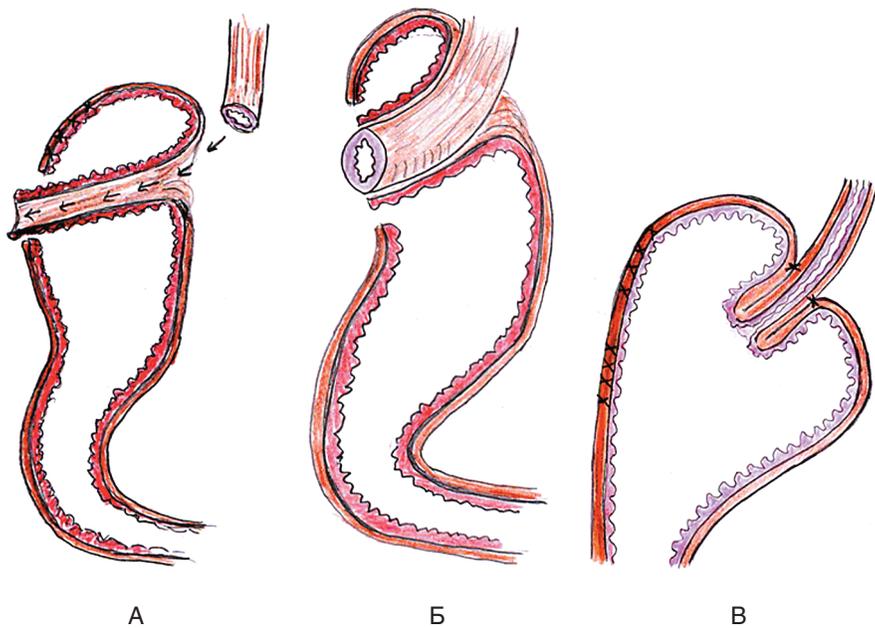


Рис. 9.2. Схематическое изображение микрохирургического инвагинационного концебокового пищеводно-желудочного анастомоза: А — конусообразное выпячивание задней стенки желудка (серозный канал); Б — через сформированный серозный канал протягивается культя пищевода; В — сформированный инвагинационный концебоковой пищеводно-желудочный анастомоз

верстие культи желудка, затем в созданный серозный канал протягивают культю пищевода и формируют соустье путем наложения микрохирургического однорядного непрерывного подслизисто-мышечно-серозного шва на желудке и адвентициально-мышечно-подслизистого шва на пищеводе, а в основании созданного инвагината длиной в 1–1,5 см фиксируют пищевод к стенке желудка четырьмя серозно-мышечными и адвентициально-мышечными швами, культю желудка ушивают двухрядным непрерывным микрохирургическим швом (рис. 9.2).

9.2.2. Этапы выполнения

Способ наложения анастомоза осуществляют следующим образом. После резекции пищевода и кардии желудка под оптическим увеличением 6–10 крат с использованием микрохирургического инструмен-

тария ушивают культю желудка непрерывным двухрядным серозно-мышечно-подслизистым и серозно-мышечным микрохирургическим швами нитью PDS 6/0 без захвата слизистой оболочки, оставляя отверстие диаметром в 2–3 см по малой кривизне.

Пищевод берут на 2 нити-держалки. Отступив от культи желудка 2–3 см, на задней его поверхности делают линейный поперечный разрез через все слои стенки на 0,2 см больше поперечника пищевода, и с помощью тракции за наложенные в углах разреза и выведенных в первую рану две нити-держалки производят конусообразное выпячивание стенки желудка.

Через сформированный серозный канал длиной 2–3 см протягивают культю пищевода за нити держалки.

Далее формируют соустье вне просвета желудка путем наложения микрохирургического однорядного непрерывного подслизисто-мышечно-серозного шва на желудке и адвентициально-мышечно-подслизистого микрохирургического шва на пищеводе без захвата слизистой оболочки нитью PDS 6/0.

С помощью нитей-держалок формируют инвагинат длиной 1–1,5 см, а в основании его фиксируют пищевод к стенке желудка 4 узловыми серозно-мышечными и адвентициально-мышечными швами нитью PDS 6/0.

После проведения этой манипуляции слизистые оболочки в области анастомоза, плотно соприкасаясь, прикрывают микрошвы.

Отверстие в культе желудка ушивают двухрядным непрерывным микрохирургическим швом.

9.3. МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНВАГИНАЦИОННЫЙ КОНЦЕКОНЦЕВОЙ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

9.3.1. Этапы и техника выполнения

Формирование анастомоза выполняют следующим образом.

После резекции пищевода и кардии желудка под оптическим увеличением 6–10 крат, используя микрохирургические приемы, ушивают культю желудка непрерывным двухрядным серозно-мышечно-подслизистым и серозно-мышечным микрохирургическими швами нитью PDS 6/0 без захвата слизистой оболочки, оставив 2 отверстия по малой и большой кривизне диаметром 1,5 и 1 см с нитями-держалками по углам.