

НЕКОТОРЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С РЕДУБЛИКАЦИЕЙ ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

Канд. мед. наук Н. А. Баулин, В. А. Баулин

Никольская (главрач — В. Г. Горбунова) и Пачелмская (главрач — В. А. Баулин)
районные больницы Пензенской области.
Научный консультант — проф. А. М. Аминев

Принимая во внимание, что утрата пищеварительной и резервуарной функций желудка, форсированный сброс недостаточно обработанной пищи из культи желудка в кишечник являются главными причинами поствагстрорезекционных расстройств, один из нас (В. А. Баулин) в 1964—1967 гг. в эксперименте на 27 собаках разработал новую модификацию экономной резекции желудка по Бильрот II с частичным ушиванием приводящей и редубликацией отводящей петли анастомоза (рис. 1). Серийные рентгенологические и лабораторные исследования животных в сроки до 1,5 лет показали, что данный способ резекции обеспечивает замедленное (2,5—3 часа) порционное опорожнение культи желудка, предупреждает возникновение диареи и алиментарной дистрофии. Механизм замедленного пассажа из культи желудка связан, по-видимому, с уменьшением гидростатического давления. Оно как бы гасится в изгибах отводящей петли, из-за чего пассаж желудочного содержимого не может быть лентообразным. При углеводной нагрузке (проба Робертса) у животных не наблюдалось резкого колебания гликемического зеркала. После операции собаки имели хорошую пищевую возбудимость и довольно быстро (в течение 40—80 дней) восстанавливали свой первоначальный вес.

С целью разгрузки и профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде, предупреждения возможного застоя и разложения пищи в приводящей петле, а также устранения попадания дуоденального содержимого в культю желудка с последующим возникновением диспепсических расстройств, во второй серии экспериментов по предложению Н. А. Баулина приводящую петлю ушивали наглухо, на 3 см дистальнее редубликата накладывали брауновский анастомоз между приводящим и отводящим коленами тощей кишки (рис. 2). Ни у одной из 5 оперированных в этой модификации собак ни в послеоперационном периоде, ни в последующие 1,5 года наблюдения не было диспепсических расстройств.

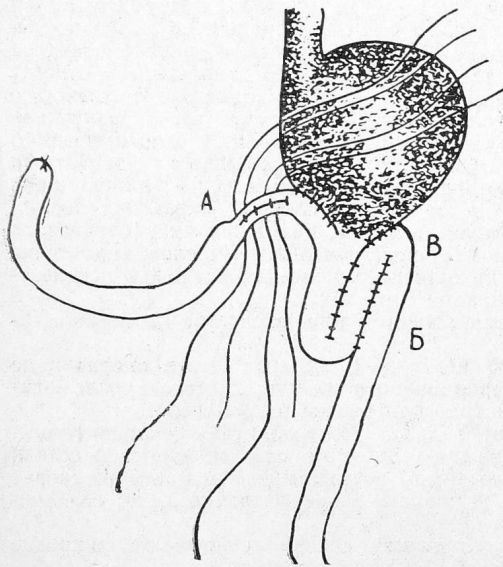


Рис. 1. Резекция желудка по В. А. Баулину. А — сужение просвета приводящей петли; Б — редубликат; В — фиксация редубликата к большой кривизне желудка.

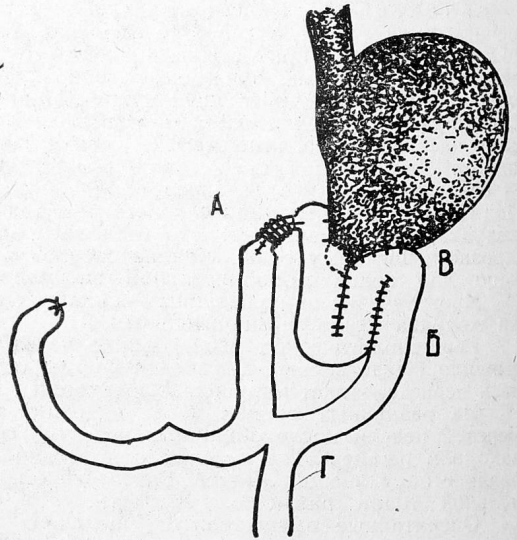


Рис. 2. Резекция желудка по методу авторов с брауновским анастомозом. А — ушитая и обвитая шелковой нитью приводящая петля; Б — редубликат; В — фиксация редубликата к большой кривизне желудка; Г — брауновский анастомоз.

С июня 1967 г. по ноябрь 1969 г. произведено 120 резекций желудка с редубликацией отводящей петли, в том числе при язвенной болезни — у 92 больных и при раке желудка — у 28.

Для детального клинического предоперационного и последующего динамического послеоперационного обследования и наблюдения больных разработана специальная карта. Больных обследовали в стационаре через 2—3 недели, 6—12 месяцев и 1—2 года после операции. Подробно изучены 54 больных, оперированных по поводу язвы.

Большинство оперированных (84,5%) — лица мужского пола. 66,6% больных были в возрасте 31—50 лет и лишь 13,3% — от 21 до 30 лет. Чуть ли не все оперированные (88,9%) имели длительный (свыше 5 лет) язвенный анамнез. Более чем у половины больных в анамнезе были такие грозные осложнения, как кровотечение или прободение (33,5% и 17,8%) либо сочетание прободения с кровотечением (4,4%). В подавляющем большинстве наблюдений (88,7%) мы имели дело с осложненной язвенной болезнью. В частности, пенетрация была у каждого третьего оперированного (33,4%), стеноз — у 22,2%, пенетрация в комбинации со стенозом — у 15,5%, перфорация — у 8,8%, профузное язвенное кровотечение — у 4%, малигнизация — у 4,4% больных.

Почти у двух третей больных язвы локализовались в двенадцатиперстной кишке, причем у 4 они были множественными (зеркальными) и у 2 — инфрапапиллярными. Изредка (4,4%) встречались язвы сочетанной локализации.

Мы отдавали предпочтение позадибодочному гастроэнтероанастомозу (93,4%), и только при слишком короткой или рубцовой измененной брыжейке ободочной кишки последний приходилось накладывать впередибодочно. Более чем в половине операций (63,5%) производилась экономная (30—50%) резекция желудка, в 34,5% — в пределах двух третей и только у 1 больного (субкардиальная язва) было удалено три четверти желудка. Масштаб резекции определялся уровнем кислотности желудочного сока, которую исследовали фракционным методом по Катчу — Лепорскому.

Технически предлагаемая модификация операции проста и общедоступна. На ушивание приводящей петли 3—4 полукисетными швами с последующим обвиванием этого отрезка кишки 3—4 турами толстой шелковой лигатуры и формирование редубликата путем сшивания серозно-мышечными швами 15—18 см отводящей петли, уложенной в виде 3 колен, уходит не более 10—12 минут. Все манипуляции выполняются в верхнем этаже брюшной полости. При позадибодочном анастомозе, как обычно, операция увечивается фиксацией культи желудка в окне мезоколон. Все больные хорошо перенесли оперативное вмешательство. Летальных исходов не было.

Исследование на отдаленных сроках показало, что болевой синдром и диспепсические расстройства у оперированных исчезли, а у большинства тех, кто страдал дисфункциями кишечника, нормализовались физиологические отправления последнего.

Однако при детальном изучении удалось выяснить, что у 20 из 54 обследованных после обильной углеводной пищи, особенно сладкого чая, бывает неприятное ощущение в подложечной области и некоторые штрихи слабо выраженной демпинг-атаки (слабость, потливость, чувство жара, потемнение в глазах). Правда, все эти явления очень быстро (через 5—15 мин.) проходят. Проба с сахарной нагрузкой из расчета 1 г на 1 кг веса больного была слабо положительной только у 15 из 20 страдавших ранним демпинг-синдромом, что свидетельствует о легкой степени этих расстройств. В контрольной группе больных, оперированных в модификации Гофмейстера — Финстерера, патологические синдромы встречались чаще и степень их проявления была более интенсивной.

Заметно отличались у больных этих двух серий и гликемические кривые. У оперированных в нашей модификации они и через 2 недели, и в более отдаленном периоде приближались к нормальным. В контрольной же группе (операция по Гофмейстеру — Финстереру) кривые имели типичный ирритативный характер; в некоторых наблюдениях они были торпидными.

Гипергликемический коэффициент у язвенных больных до операции был 1,5, гипогликемический — 1,0. Через 2 недели и 6—12 месяцев после резекции желудка в нашей модификации указанные коэффициенты были равны соответственно 1,5 и 0,9; 1,6 и 0,9.

Почти у всех оперированных больных в равной степени и после обширных, и после экономных резекций желудка обнаруживалась стойкая ахлоргидрия.

Как известно, в норме 150—450 г бариевой взвеси консистенции сливок и комнатной температуры покидают желудок через 1,5—3 часа. После резекции по Финстереру опорожнение культи в большинстве случаев происходит бурно, по непрерывному типу, и заканчивается в среднем через 10—15 мин. Напротив, почти у всех больных, оперированных в нашей модификации, и через 2—3 недели, и через 6—12 месяцев после операции эвакуация была порционно-ритмичной и продолжалась от 30 мин. до 2 часов.

Таким образом, резекция желудка с редубликацией отводящей петли и брауновским анастомозом является теоретически обоснованным, технически доступным и безопасным оперативным вмешательством.

ЛИТЕРАТУРА

Баулин В. А. Экспер. хир. и анестезиол., 1966, 4.