

НОВЫЙ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ МИНИМАЛЬНОЙ ГАСТРОСТОМИИ

В. А. Кузнецов, Р. М. Хасанов, С. Я. Кнубовец

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. С целью профилактики послеоперационной функциональной непроходимости разработан и апробирован во время операции на желчных путях (у 41 больного) способ временной минимальной гастростомии на протяжении с использованием круглой связки печени. Выявлены следующие преимущества нового способа: отсутствие натяжения, смещения, деформации, очаговой ишемии стенки желудка и связанных с ними осложнений. Способ не требует применения специальных зондов.

В раннем периоде после операций на органах брюшной полости наблюдается дезорганизация моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, проявляющаяся симптомами функциональной непроходимости различной интенсивности и продолжительности [1—3].

Эффективной мерой предупреждения и лечения функциональной непроходимости является временное наружное дренирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осуществляемое различными методами, из которых наиболее широкое распространение получили трансназальный способ и декомпрессия через минимальную гастростому. Ввиду того, что применение «носового зонда» в ряде случаев противопоказано, так как он создает неудобства для больных, вызывает раздражение слизистой носоглотки и пищевода, затрудняет дыхание, способствует развитию ларингита, трахеита, фарингита, пневмонии и других послеоперационных осложнений, все большее число хирургов, в особенности за рубежом, отдает предпочтение декомпрессии желудочно-кишечного тракта через гастростому. Известный способ временной минимальной гастростомии Кло и Мулле заключается в следующем: в процессе операции электроножом производят небольшой разрез передней стенки желудка, вставляют в его просвет зонд Фолея, закрепляют последний кисетным швом и выводят через отдельный разрез брюшной стенки наружу. Гастростому фиксируют отдельными швами к париетальной брюшине.

Недостатками способа являются: 1) натяжение желудка, способствующее в отдельных случаях отхождению желудка от брюшной стенки и выпадению трубки в брюшную полость с развитием перитонита; 2) смещение и деформация желудка, патологическая рефлексия на смежные органы; 3) очаговая ишемия передней стенки желудка; 4) необходимость использования специальных зондов Фолея.

С целью устранения указанных недостатков этого способа мы предлагаем производить минимальную гастростомию на протяжении с использованием круглой связки печени. Для этого в процессе операции на переднюю стенку антрального отдела желудка накладывают кисетный шов, в центре которого производят небольшой разрез, длиной не более 5 мм; через разрез в просвет желудка вводят трубку (резинovou или из мягкой пластмассы) с внутренним диаметром 3 мм. Кисетный шов затягивают, вокруг трубки формируют герметичный серозно-мышечный канал длиной 2—2,5 см (рис. 1). Проксимальный конец трубки выводят наружу через отдельный прокол передней брюшной стенки у начала прикрепления к ней круглой связки печени. Участок дренажа между желудком и передней брюшной стенкой перитонизируют круглой связкой без рассечения ее листков (рис. 2). В итоге формируется минимальная гастростома на протяжении (рис. 3).

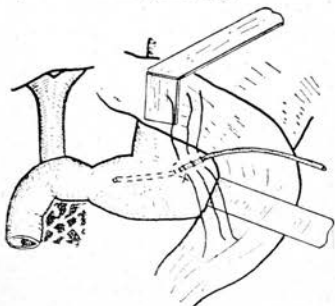


Рис. 1. Формирование серозно-мышечного канала.

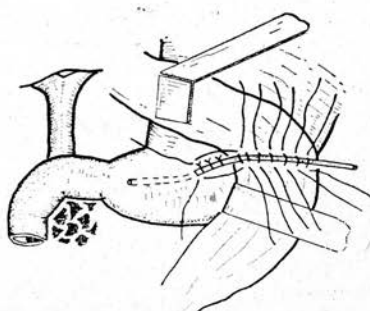


Рис. 2. Перитонизация дренажной трубки круглой связкой печени.

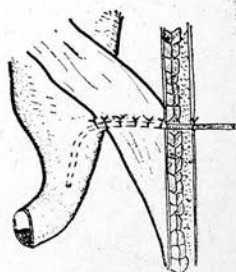


Рис. 3. Формирование гастростомы завершено (вид сбоку).

Способ разработан и успешно применен в факультетской хирургической клинике им. А. В. Вишневого у 41 больного при ряде заболеваний желчных путей и поджелудочной железы. У 18 больных производили декомпрессию желудка, у 23 — дренирование двенадцатиперстной кишки. Содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки выводили наружу в среднем в течение 2—3 суток после операции. В последующем дренажную трубку использовали в целях проведения заместительной терапии, создания билиодigestивного шунта или фистулы для предупреждения и лечения ахолической болезни, контроля функционального состояния желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, в частности внутрипросветного желудочного и кишечного давления. Извлекали трубку обычно на 10—12-е сутки. Свищ переставал функционировать тотчас после удаления дренажа. Осложнений, связанных с минимальной гастростомией на протяжении, мы не наблюдали.

Подтверждено благоприятное влияние декомпрессии желудка и двенадцатиперстной кишки на течение послеоперационного периода. Как правило, у больных отсутствуют тошнота, рвота, метеоризм, без каких-либо дополнительных мероприятий восстанавливается перистальтика желудочно-кишечного тракта, самостоятельное отхождение газов. Значительно реже отмечаются гипертермия, осложнения со стороны органов дыхания и поджелудочной железы. Период адинамии желудочно-кишечного тракта у больных, которым производили декомпрессию, на 12—32 часа короче, чем у лиц контрольной группы.

Проведенная апробация выявила следующие преимущества минимальной гастростомии на протяжении: 1) отсутствие натяжения, смещения, деформации, очаговой ишемии и связанных с ними осложнений (перитонита, абсцесса и т. п.); 2) возможность использования обычных резиновых и пластмассовых трубок взамен зондов Фолея.

Способ наиболее показан при дуоденальной и желудочной гипертензии, выявляемой у больных до операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Champault G. J. Chir. (Paris), 1975, 109, 4. — 2. Clot C., Moullè P. Ibid., 1971, 101, 1. — 3. Herrington I. L. Amer. J. Surg., 1965, 110, 3.

Поступила 17 ноября 1977 г.

УДК 616.33—089.87:616—089.168.1—06

ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Доц. В. В. Федоров

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. И. С. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки встречается чаще после операций по поводу язвенной болезни. Ее возникновение связано со значительными техническими трудностями при формировании культи во время операции. Факторами, predisposing к развитию этого осложнения, являются общие нарушения (анемия, истощение, обезвоживание), рубцово-воспалительные поражения двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. При различных клинических формах осложнения лечебная тактика неодинакова: при инфильтратах показано консервативное лечение, при перитонитах — оперативное. Комплексная терапия несостоятельности дуоденальной культи позволяет значительно снизить летальность.

Наиболее признанным методом хирургического лечения хронической гастродуоденальной язвы до настоящего времени остается резекция желудка. В последние годы все шире распространяется функциональный подход к выбору способа операции при язвенной болезни с учетом показателей секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка, демпинг-предрасположенности и других факторов. При определенных показаниях ряд отечественных и зарубежных авторов выполняет органосохраняющие операции (ваготомии с экономной резекцией желудка или дренирующей операцией). В подавляющем большинстве операции завершаются гастроэнтеральными анастомозами, при этом выключается из пассажа двенадцатиперстная кишка и формируется ее культя. Несмотря на тщательность предоперационной подготовки, совершенствование анестезиолого-реанимационного пособия и операционной техники, летальность после резекции желудка остается высокой — от 1 до 4%.

Частым и вместе с тем очень опасным осложнением после операции является несостоятельность дуоденальной культи (НДК). Это осложнение встречается в 0,1—7%. Разработка новых методов ушивания дуоденальной культи отнюдь не сокращает частоты ее несостоятельности.

Далеко не все хирурги, по известным причинам, чистосердечно сообщают о своих неудачах. Так, о значительной части случаев НДК, закончившихся благополучно — рас-