

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-

сасыванием инфильтратов, сведения, как правило, не публикуются. С этим в известной мере связаны расхождения данных о частоте НДК после резекции желудка. Указанные субъективные моменты в некоторой степени затрудняют научно-статистическую трактовку осложнений.

Причины НДК сложны и многообразны. В. А. Малхасян (1959) систематизирует их следующим образом.

Общие: анемия, дегидратация, гипопроteinемия, истощение. Локальные: 1) рубцовые и воспалительные изменения стенки двенадцатиперстной кишки и окружающих тканей; 2) пенетрация язвы в поджелудочную железу; 3) пенетрация язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку; 4) вовлечение в процесс добавочного протока поджелудочной железы; 5) гигантские или множественные язвы; 6) отек окружающих тканей; 7) непроходимость приводящей петли; 8) воспаление в полости между первым и вторым рядами швов на дуоденальной культе; 9) поражение стенки кишки опухолью.

Факторы технического порядка: 1) излишняя мобилизация двенадцатиперстной кишки (более 2 см); 2) перевязка крупных сосудов, питающих культу; 3) девитализация тканей культи жомами; 4) наложение швов на воспаленные ткани; 5) поврежденные ткани поджелудочной железы; 6) недостаточно тщательное ушивание культи; 7) расположение тампонов вблизи культи; 8) небольшой опыт хирурга и неумение применить в конкретном случае подходящий способ закрытия культи.

Большинство из перечисленных причин, безусловно, играет роль в НДК, но значение некоторых весьма спорно. Так, некоторые авторы считают, что подведение к дуоденальной культе марлевых турунд способствует ее несостоятельности. Но дренаж подводит только при сомнении хирурга в качестве швов на культе, а при хорошо ушитой культе брюшную полость, как правило, не дренируют. Следовательно, причину НДК следует искать не в дренаже, а в качестве швов на культе.

Дренирование области дуоденальной культи турундами за последние десять лет (1967—1976 гг.) в нашей клинике произведено 16 раз, и только у 4 больных развилась НДК.

Большое значение в патогенезе НДК придается возникновению в раннем послеоперационном периоде острого дуоденостаза функционального или механического происхождения. На прочность швов в этих условиях влияет не только повышенное внутрикишечное давление, но и возникающие при этом микроциркуляторные нарушения в стенке кишки, приводящие к венозному стазу, отеку и некрозу тканей кишки. Поэтому ранняя и наиболее полная декомпрессия приводящей петли при помощи соустья Брауна, назогастродуоденального зонда и постурального дренажа улучшает местную гемодинамику и в ряде случаев предупреждает НДК. На целесообразность этих мер указывает С. А. Масумов (1964) и другие хирурги. Нами эта методика дуоденальной декомпрессии применена 23 раза, и лишь в двух случаях она не предупредила расхождения швов на культе двенадцатиперстной кишки.

Самым трудным является формирование дуоденальной культи при операции по поводу язв двенадцатиперстной кишки, осложненных стенозом, пенетрацией и грубой рубцовой ее деформацией [1]. При этой локализации язвы в послеоперационном периоде НДК встречается намного чаще, чем при язвах желудка [5].

За последние 10 лет в нашей клинике произведено 426 резекций желудка по Бильрот II, и в послеоперационном периоде у 21 больного отмечены различные формы НДК, что составляет 4,9%. 16 из этих больных были оперированы по поводу дуоденальных язв, осложненных выраженной рубцовой деформацией, затруднявшей формирование культи двенадцатиперстной кишки. У остальных 5 больных патологический процесс локализовался в желудке (у 3 был рак и у 2 — язва).

С практической точки зрения нам представляется более рациональным все варианты клинического течения НДК разделить на 3 вида: 1) инфильтративная форма, требующая, как правило, консервативной терапии, а при нагноении или прорыве в брюшную полость — операции; 2) возникновение первичного дуоденального свища по ходу дренажей при полной интактности свободной брюшной полости; 3) НДК, осложненная разлитым перитонитом и требующая экстренной операции.

В ряде случаев у больных в послеоперационном периоде в правом подреберье образуются воспалительные инфильтраты. Вероятнее всего, причиной их служит НДК, но с незначительными размерами дефекта в швах. Выраженный инфильтративно-спаечный процесс в зоне культи предупреждает распространение дуоденального содержимого по брюшной полости. Как правило, инфильтраты рассасываются под воздействием консервативной терапии. Однако иногда абсцедировавший инфильтрат прорывается наружу (и тогда формируется дуоденальный свищ) или в брюшную полость (тогда развивается перитонит). Мы наблюдали 8 больных с инфильтративной формой НДК, и все они выздоровели в результате консервативного лечения.

Второй вид НДК составляет случаи прорыва свища по ходу ограничивающих дренажей при полной изоляции от свободной брюшной полости. Возникающий первичный дуоденальный свищ, как правило, излечивается под влиянием консервативных мер. Из 21 нашего больного у 4 образовалась такая форма НДК. Все больные выздоровели без операции.

Третий клинический вариант НДК проявляется внезапно развивающимся разлитым перитонитом. Такие больные безусловно нуждаются в экстренной операции. Перитонит при этом носит особенно тяжелый характер, так как дуоденальное

содержимое отличается чрезвычайной агрессивностью не столько из-за инфицированности, сколько в силу особенно высокой ферментативной токсичности. Такого рода перитониты сопровождаются множественными мелкоочаговыми некротическими поражениями печени [4].

Подавляющее большинство хирургов считает, что при операции по поводу НДК не следует пытаться ушить дефект в кишке, так как швы, наложенные на воспаленные ткани, как правило, прорезаются, и отверстие увеличивается. Главной целью оперативного вмешательства является санация брюшной полости и ограничение марлевыми дренажами дуоденальной культи от свободной брюшной полости. Во избежание расхождения всей лапаротомной раны дренажи лучше выводить через косой разрез в правом подреберье. При больших дефектах в дуоденальном шве кишку дренируют трубкой по Мельху.

Нами оперировано 9 больных с разлитым перитонитом на почве НДК. 6 из них удалось спасти. 3 больных, у которых операция ограничивалась лишь дренированием подпеченочного пространства, погибли от прогрессирующего разлитого перитонита или межкишечных абсцессов на фоне изнуряющего дуоденального свища.

Чтобы предупредить распространение дуоденального содержимого по брюшной полости и создать наиболее благоприятные условия для формирования дуоденального свища, мы подводим к дуоденальной культе во время операции, кроме марлевых турнд, двухпросветную трубку с множеством боковых отверстий. Через один канал область культи постоянно орошается смесью равных частей 5% раствора ЭАКК, 5 тыс. ед. трасилола или контрикала и 0,1 н. раствора соляной кислоты. Как показали экспериментальные исследования, этот раствор в 8—10 раз сокращает фибринолитическую активность дуоденального содержимого. Такой раствор, подводимый капельно по 200—300 мл в сутки к дуоденальной культе, инактивирует ферментные системы двенадцатиперстной кишки, предупреждает фибринолиз в ране. Кроме того, значительно снижается раздражающее действие дуоденальных соков на кожу. Одновременно с инфузией указанного раствора через второй канал постоянно производится аспирация смеси раствора с дуоденальным содержимым. Благодаря применению комплексной терапии у 10 из 13 больных с сформировавшимися дуоденальными свищами наступило заживление свищей и выздоровление.

Летальность при НДК достигает 40—50%. Нам удалось излечить 18 больных с НДК из 21.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А. Г. Резекция желудка. Медицина, Л., 1973.
2. Малхасян В. А. Некоторые вопросы соустья после резекции желудка. Автореф. дисс., Ереван, 1959.
3. Масумов С. А. Мед. журн. Узбекистана, 1964, 7.
4. Федоров В. В. Казанский мед. ж., 1965, 4.
5. Чухриенко Д. П., Белый И. С. Наружные кишечные свищи. Здоров'я, Киев, 1975.

Поступила 9 марта 1977 г.

УДК 616.346.5—079.2

ОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА

Ш. З. Аджиев

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучена ангиоархитектоника слепой и конечного отдела подвздошной кишки и червеобразного отростка с помощью трансиллюминационной методики во время 69 операций, на 12 резецированных препаратах и 67 аутопсийных органо-комплексах. Выполнены замеры кровяного давления во внутрисстеночных сосудах подвздошной кишки (43), слепой (43) и червеобразного отростка (35). Полученные данные позволяют рекомендовать трансиллюминацию и определение кровяного давления во внутрисстеночных сосудах в качестве дополнительных методов исследования во время операции.

Ангиологические исследования илеоцекального отдела кишечника представляют особый интерес в связи с частым его поражением самыми различными патологическими процессами, помимо аппендицита.

В настоящем сообщении изложены результаты изучения ангиоархитектоники подвздошной и слепой кишок с помощью трансиллюминационной методики [1]. Наиболее приемлемой для этого отдела кишечника является внеполостная трансиллюминация. Исследование всех отделов илеоцекуса осуществимо после мобилизации его путем рассечения брюшины по латеральному каналу и у основания брыжейки подвздошной кишки. Отслойка комплекса от задней стенки живота допускает исследования на всем