

12. Navarro L., Min R.J., Bone C. Endovenous Laser: A New Minimally Invasive Method of Treatment for Varicose Venis-Preliminary Observations Using an 810 nm Diode Laser // *Dermatol. Surgery*. 2001. Vol. 27, № 2. P. 117–122.

13. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: Thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles / *T.M. Proebstle, H.A. Lehr, A. Kargl et al. // J. of Vascular Surgery*. 2002. Vol. 35, № 4. P. 729–736.

КАТАНОВ ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общей и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (katanove@mail.ru).

KATANOV EVGENIY – doctor of medical sciences, head of General and Pediatric Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ЕРЕМИНА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА – кандидат педагогических наук, ассистент кафедры физической подготовки, Поволжский государственный технологический университет, Россия, Йошкар-Ола.

YEREMINA TATYANA – candidate of pedagogic sciences, assistant of Physical Training Chair, Volga State University of Technology, Yoshkar-Ola.

СЕМЕНОВ АЛЕКСАНДР ВАЛЕРЬЕВИЧ – соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры общей хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

SEMYONOV ALEXANDER – a competitor of scientific degree of Medical Sciences candidate of General Surgery Chair, Chuvash State University, Cheboksary.

УДК 616.33-089.87-06:616.149-008.341.1

ББК Р 457.445.22-83: Р413.510.3

Е.С. КАТАНОВ, Л.В. ЦЫЛЬКОВ, Г.В. ДМИТРИЕВ

ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ключевые слова: резекция желудка, портальная гипертензия, гепатогенные язвы, язвенная болезнь.

Статья посвящена проблеме хирургического лечения язвенной болезни и острых изъязвлений желудка и двенадцатиперстной кишки, возникших на фоне заболеланий, сопровождающихся синдромом портальной гипертензии. Приведены литературные данные об этиологии, патогенезе, клинике и лечении данной патологии. Проанализирован опыт хирургического лечения больных с «гепатогенными» язвами на базе клиники. Всем больным выполнена резекция желудка по Бильрот-2. Обсуждены технические особенности и сложности оперативных вмешательств.

E. KATANOV, L. TSILKOV, G. DMITRIEV
SUTURING OF THE DUODENAL STAMP IN PARTIAL GASTRECTOMY
IN PORTAL HYPERTENSION

Key words: partial gastrectomy, portal hypertension, ulcer disease, hepatogenic ulcers.

Surgical treatment of ulcer disease and acute stomach and duodenal ulcerations in patients with portal hyperthension are analysed. Literature data about etiology, pathogenesis, clinic and treatment are given. Experience of surgical treatment of «hepatogenic» ulcers on clinic base is analyzed. Partial gastrectomy Bilroth-2 was carried in all patients. Technique features and complexity of operations are discussed.

Количество больных с циррозами печени и синдромом портальной гипертензии растет. Одними из частых осложнений, возникающих при повышении давления в системе воротной вены, являются эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Именно эти поражения в 12–15% являются источником желудочно-кишечных кровотечений при циррозах печени [7].

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие на фоне заболеланий печени, принято называть гепатогенными. По современным представлениям, в патогенезе язвобразования при циррозе печени принимают участие застой венозной крови и функциональная недостаточность печени, микроциркуляторные расстройства в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, кислотно-пептический фактор, дуоденогастральный рефлюкс [2, 8].

Гепатогенные язвы нередко имеют большие размеры, трудно поддаются консервативной терапии и в 3 раза чаще, чем обычные язвы, осложняются кровотечениями [1]. Показания к оперативному лечению гепатогенных язв с учетом сопутствующей патологии возникают, как правило, при таких осложнениях, как кровотечение или перфорация. Одной из операций выбора в данной ситуации является резекция желудка по Бильрот-2 [9]. Формирующуюся при этом дуоденальную культю с полным правом можно отнести к разряду «трудных». К факторам, снижающим надежность ушивания культи двенадцатиперстной кишки на фоне портальной гипертензии, относятся выраженные отечность и ригидность стенки кишки, ее гипоксия за счет венозного и лимфатического стаза. При больших, гигантских, низкорасположенных язвах мобилизация в условиях инфильтрированных тканей и повышенной кровоточивости часто приводит к дефициту стенки культи и ее ишемии. Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – самая частая причина летальных исходов после резекции желудка по Бильрот-2, в том числе и у больных с портальной гипертензией. Поэтому поиск путей профилактики этого осложнения остается актуальным.

Большое число способов, предложенных для ушивания культи двенадцатиперстной кишки, свидетельствует о неудовлетворенности хирургов результатами их применения [4, 5]. В доступной нам литературе мы не нашли способов, рекомендованных конкретно для оперативных вмешательств на фоне портальной гипертензии. При «трудных» культиях в последнее время предпочтение отдается однорядным швам [1] с применением современных полимерных материалов (полипропилен) на атравматической игле [3]. Описаны также пластические методы укрытия культи. В частности, предложен способ обработки культи двенадцатиперстной кишки с использованием круглой связки печени [6].

Цель исследования – усовершенствовать методику обработки культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка на фоне портальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. За период с 2009 г. по 2011 г. под нашим наблюдением в отделениях хирургии, гепатологии и реанимации БУ «Городская клиническая больница № 1» находились 27 больных с гепатогенными язвами, осложненными кровотечением. Двое из них с декомпенсированным циррозом и клиникой желудочно-кишечного кровотечения поступили в крайне тяжелом состоянии на фоне длительного злоупотребления алкоголем и умерли через несколько часов после госпитализации в реанимационное отделение. У 22 больных кровотечение удалось остановить консервативными мероприятиями, рубцевание язв подтверждено при динамическом эндоскопическом исследовании. 3 больных из этой группы умерло: 2 на фоне нарастающей печеночно-почечной недостаточности, 1 в остром периоде инфаркта миокарда.

Результаты исследования и их обсуждение. Одним из сложных технических моментов резекции желудка по Бильрот-2 является этап ушивания культи двенадцатиперстной кишки, от него нередко зависит успех всей операции в целом. В доступной нам литературе мы не встретили публикаций, акцентирующих внимание на особенностях ушивания дуоденальной культи при резекции желудка на фоне портальной гипертензии. Между тем в данной ситуации могут возникнуть значительные трудности, требующие нестандартных подходов. Хирургу во время операции приходится сталкиваться не только со спаечно-рубцовым перилульцерозным процессом, но и с инфильтрацией, отеком тканей двенадцатиперстной кишки, повышенной кровоточивостью расширенных и легкоранимых венозных сосудов. Утолщенная стенка кишки с трудом поддается погружению, швы склонны к прорезыванию, их надежность сомнительна.

Нами разработан и применен в клинике пластический метод укрытия дуоденальной культи при резекции желудка по Бильрот-2 у больных с портальной гипертензией. После отсечения желудка от двенадцатиперстной кишки и мобили-

зации культи на последнюю накладывается непрерывный полипропиленовый шов через все слои (рис. 1). Затем накладывается серозно-мышечный кисетный шов (рис. 2), который затягивается настолько, насколько позволяют отечные ткани стенки кишки. При этом, как правило, удается добиться частичного погружения первого ряда швов (рис. 3). После этого к культе двенадцатиперстной кишки подшивается узловыми серозно-мышечными швами близлежащий мобильный орган брюшной полости, покрытый брюшиной, например, желчный пузырь. Особенностью данного ряда швов является то, что при захвате стенки кишки шов проводится под нитью кисетного шва (рис. 4, 5). То, что кисетный шов не затягивается полностью, исключает прорезывание и не нарушает кровоснабжения стенки кишки. Кроме того, кисетный шов служит каркасом для узловых швов, повышает их надежность.

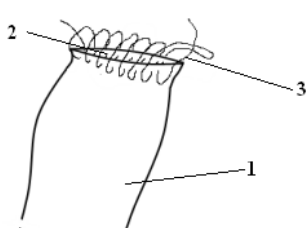


Рис. 1. Наложение непрерывного шва



Рис. 2. Наложение кисетного шва



Рис. 3. Частичное погружение первого ряда швов

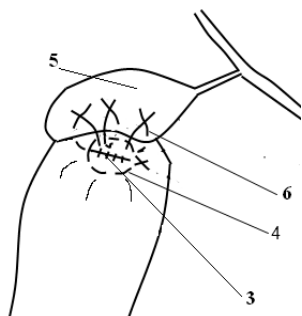


Рис. 4. Нити проводятся под верхней частью кисетного шва

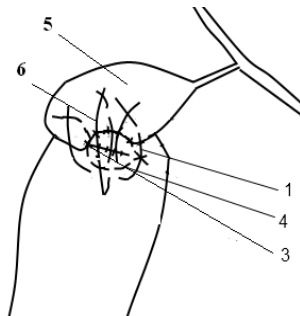


Рис. 5. Нити проводятся под нижней частью кисетного шва

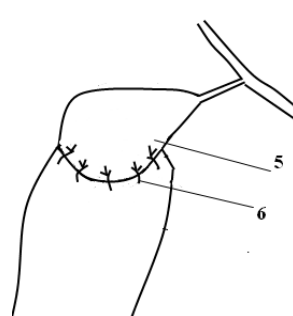


Рис. 6. Окончательный вид ушитой культи кишки

По поводу язвенного кровотечения оперировано трое больных с явлениями портальной гипертензии с одним летальным исходом. Всем больным была выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера – Финстерера, в том числе одному больному как повторная операция после прошивания кровоточащего сосуда в язве.

Приводим клинические наблюдения:

Пример 1. Больной И., 47 лет, поступил в реанимационное отделение БУ «Городская клиническая больница № 1» г. Чебоксары 24.01.2011 г. с явлениями желудочно-кишечного кровотечения.

Болеет 3 дня. Жалобы на выраженную общую слабость, тошноту, многократную рвоту кровью, многократный черный жидкий стул. Язвенного анамнеза нет, имеются указания на длительное злоупотребление алкоголем. При осмотре: бледность кожных покровов, тахикардия до 105 уд./мин, артериальное давление – 110/70 мм рт.ст. В общем анализе крови гемоглобин снижен до 43 г/л. При экстренной ФЭГДС выявлены варикозно расширенные вены пищевода 1-2 ст., эрозивный эзофагит, дефект слизистой

антрального отдела желудка по малой кривизне с фиксированным сгустком крови и продолжающимся паренхиматозным кровотечением. УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения и увеличение печени, спленомегалия.

В реанимационном отделении начата интенсивная инфузионно-трансфузионная, гемостатическая, гепатотропная, антисекреторная терапия. 25.01.2011 г. – по назогастральному зонду отмечено подтекание свежей крови. Предложена экстренная операция, от которой больной категорически отказался. ФЭГДС от 25.01.2011 г. – варикозное расширение вен пищевода 2-3 ст. магистральный тип, на задней стенке двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 1,2 на 1,0 см глубиной до 0,2 см под сгустком, из под которого подтекает кровь. Эндоскопический гемостаз. Состояние больного прогрессивно ухудшалось – по зонду свежая кровь, пульс до 110 уд./мин слабого наполнения, артериальное давление 80/60 мм рт.ст., гемоглобин на фоне переливания эритроцитарной массы 52 г/л. Получено согласие больного на операцию.

25.01.2011 г. Операция. Ввиду крайне тяжелого состояния больного были выполнены гастродуоденотомия, прошивание острой язвы двенадцатиперстной кишки, перевязка правой желудочной артерии, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжелым. Появились признаки печеночной недостаточности, коагулопатии. 30.01.2011 г. – кровотечение по дренажам из брюшной полости. Операция – релапаротомия, остановка кровотечения, тампонада подпеченочного пространства. В динамике нарастала печеночная недостаточность, появился асцит, развилась тотальная левосторонняя пневмония. 9.02.2011 г. появились перитонеальные симптомы. Больной по жизненным показаниям взят на операцию. Выполнена релапаротомия, выявлена недостаточность гастродуоденотомических швов. Решено выполнить резекцию 2/3 желудка по Бильрот-2. В области двенадцатиперстной кишки обнаружен выраженный спаечный процесс. Стенка кишки резко отечна, инфильтрирована, толщина стенки до 0,8 см, венозная сеть расширена, выраженная кровоточивость тканей. Культи ушита по разработанной на кафедре методике. Культи желудка анастомозирована с тонкой кишкой по Гофмейстеру–Финстереру, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось крайне тяжелым. Перестальтика появилась на 2-е сутки после операции, на 3-и сутки – стул после стимуляции. Дренажи из брюшной полости удалены поэтапно, на 8-е сутки после операции.

В динамике нарастали печеночная, легочно-сердечная недостаточность, энцефалопатия смешанного генеза, нарушения гемостаза. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 21.02.2011 г. наступил летальный исход. Основная причина смерти – активный цирроз печени, класс С по шкале Чайлда – Пью, с гепатоцеллюлярной недостаточностью, желтухой, геморрагическим синдромом, отеком легких, мозга, дистрофические изменения внутренних органов. При патологоанатомическом исследовании признаков перитонита нет, культи двенадцатиперстной кишки состоятельна.

Пример 2. Больная В., 53 года, поступила в гепатологическое отделение БУ «Городская клиническая больница № 1» г. Чебоксары с диагнозом: хронический вирусный гепатит В, активная фаза, цирроз печени с синдромом портальной гипертензии.

У больной отмечались общая слабость, тошнота, периодические ноющие тупые боли, «тяжесть» в правом подреберье. Язвенный анамнез отрицает, вирусный гепатит диагностирован 6 лет назад, 10 лет назад перенесла холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. При осмотре больной кожные покровы, слизистые субиктеричные, пульс 72 уд./мин удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В анализе крови: эритроцитов $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л. В биохимическом анализе крови количество билирубина 42 мкмоль/л, умеренное повышение уровня печеночных трансаминаз. УЗИ ОБП – умеренное диффузное увеличение печени, селезенки, наличие выпота в нижних отделах брюшной полости в небольшом количестве. На 4-е сутки

лечения состояние больной внезапно резко ухудшилось – выраженная общая слабость, холодный пот, головокружение, многократный жидкий черный стул. Кожные покровы бледные, пульс до 110 уд./мин, артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Больная переведена в реанимационное отделение. Во время экстренной эзофагогастродуоденоскопии выявлено: варикозное расширение вен пищевода 2-й степени с явлениями эзофагита, слизистая двенадцатиперстной кишки отечна, гиперемирована, в просвете свежая кровь, на передне-медиальной стенке кишки щелевидной формы язва до 1,2 см длиной, частично прикрытая кровяным сгустком, из-под которого подтекает свежая кровь. Гемоглобин 76 г/л. Проведен эндоскопический гемостаз, установлен назогастральный зонд, назначена гемостатическая, антисекреторная терапия, трансфузии свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось, стабилизировалось, однако через 7 ч появилась клиника рецидивного желудочно-кишечного кровотечения.

После кратковременной интенсивной предоперационной подготовки больная взята в операционную для неотложного хирургического вмешательства. Во время операции выявлен выраженный спаечный процесс: к нижней поверхности печени припаяны большой сальник, двенадцатиперстная и поперечно-ободочная кишки. Ткани инфильтрированы, вены сальника, двенадцатиперстной кишки расширены, легкоранимы, при повреждении – выраженная кровоточивость. Выделены из спаек двенадцатиперстная кишка и желудок. Решено выполнить резекцию желудка по Бильрот-2. После мобилизации желудка и отсечения его от двенадцатиперстной кишки ниже язвы передняя и задняя стенка двенадцатиперстной кишки сшиты между собой непрерывным швом. Стенка кишки отечна, инфильтрирована, при затягивании шва ощутимо напряжение тканей, поэтому усилие затягивания выбрано исходя из условия сохранения целостности тканей, исключения их прорезывания. Вокруг затянутого непрерывного шва в 0,7 см от него наложен кисетный шов, завязан, с погружением, но без герметизации первого ряда швов, исходя из условия исключения прорезывания тканей. В проекции культи двенадцатиперстной кишки прошита круглая связка печени с захватом ее тканей диаметром около 2,0 см. Этой же иглой с нитью прошита стенка культи с серозно-мышечным захватом ее тканей, причем нить проведена под наложенным ранее кисетным швом. Всего наложено 6 швов. В результате культи двенадцатиперстной кишки закрылась всей толщиной прошитой части круглой связки печени. Продолжительность ушивания культи двенадцатиперстной кишки составила 20 мин. После ушивания культи двенадцатиперстной кишки выполнена резекция 2/3 части желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера – Финстера. Течение раннего послеоперационного периода тяжелое. Больная находилась в анестезиолого-реанимационном отделении. Постепенно состояние ее улучшилось. Осложнений не было. Через 9 дней после операции больная в удовлетворительном состоянии переведена в гепатологическое отделение больницы для дальнейшей терапии основного заболевания.

Выводы. В литературе, касающейся методов ушивания культи двенадцатиперстной кишки при дистальной резекции желудка по Бильрот-2, нет публикаций, акцентирующих внимание на особенностях этой операции при циррозе печени с портальной гипертензией. Метод, разработанный нами и испытанный клинически у трех пациентов, решает задачу создания простого, надежного и быстрогополного способа ушивания культи двенадцатиперстной кишки при указанной клинической ситуации.

Литература

1. *Жанталинова Н. А.* Хирургическая тактика и объем оперативных вмешательств при больших и гигантских, гепатогенных осложненных гастродуоденальных язвах: автореф. дис. ... докт. мед. наук. В. Новгород, 2006. 23 с.
2. *Краснова М.В.* Клинико-морфологическая характеристика патологии гастродуоденальной зоны у больных циррозами печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2007. 18 с.

3. *Мирек А.* Сравнительная оценка способов закрытия культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 14 с.
4. *Навроцкий И.Н.* Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1975. 184 с.
5. *Никитин Н.А., Караулов Д.А.* К вопросу о классификации способов закрытия дуоденальной культи // *Анналы хирургической гепатологии.* 1998. Т. 3, № 3. С. 344–348.
6. Пат. 2308238 РФ, МПК А61В 17/00 (2006.01). Способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки / авторы, заявители и патентообладатели: Таранов И.И., Ситников В.Н., Петренко В.А. и др. № 2006133449/14; заявл. 18.09.2006 г.; опубл. 20.10.2007 г., Бюл № 19. 9 с.
7. *Плеханов В.И.* Сравнительная оценка эффективности ваготомии и резекции желудка, проведенных на фоне портальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Астрахань, 2004. 14 с.
8. *Усланова Г.* Гастродуоденальные язвы при портальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новгород, 2006. 16 с.
9. *Юсупов И.А., Плеханов В.И.* Сравнительная оценка эффективности различных вариантов резекции желудка и ваготомии, произведенных на фоне портальной гипертензии в эксперименте // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии.* 2011. Т. IV, № 3. С. 23–25.

КАТАНОВ ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ. См. с. 258.

ЦЫЛЬКОВ ЛЕВ ВИКТОРОВИЧ – ассистент кафедры общей и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

TSILKOV LEV – assistant of General and Pediatric Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ДМИТРИЕВ ГРИГОРИЙ ВЛАДИСЛАВОВИЧ – ассистент кафедры общей и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

DMITRIEV GRIGORIY – assistant of General and Pediatric Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.31-083-056.83

ББК Р120.42

А.В. КИРТАЕВА, Л.М. ЯКОВЛЕВА

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Ключевые слова: гигиенические индексы, пародонт, алкогольная интоксикация.

Выявлены изменения стоматологического статуса у лиц с хронической алкогольной интоксикацией. В исследуемых группах проводились лечебно-профилактические мероприятия с препаратом, обладающим противовоспалительным эффектом. Результаты исследования показали, что под влиянием проводимых мероприятий у пациентов улучшались гигиенические показатели полости рта и состояние пародонта.

A. KIRTAEVA, L. YAKOVLEVA
ORAL HYGIENE IN PERSONS WITH CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION

Key words: sanitary codes, parodont, alcohol intoxication.

Changes of the stomatologic status at persons with chronic alcoholic intoxication are revealed. In studied groups treatment-and-prophylactic events with the preparation possessing anti-inflammatory effect were held. Results of research showed that under the influence of held events at patients hygienic indicators of an oral cavity and a state parodont improved.

В современном мире достаточно высока распространенность воспалительных заболеваний пародонта. По данным эпидемиологических исследований она составляет от 81 до 100% [3]. Большинство авторов к наиболее значимым причинам возникновения таких заболеваний относят несоответствие индивидуальных особенностей иммунитета и агрессивность бактериальной микрофлоры ротовой области [1]. В то же время снижение качества жизни человека, ухудшение оральной гигиены создают благоприятный фон для развития воспалительных заболеваний тканей пародонта [2]. Несмотря на многочисленные исследования, проводимые как в России, так и за рубежом, вопросы гигиены полости рта и профилактики воспалительных заболе-