

5. У оперированных больных с сохраняющимися нарушениями в спермограмме для устранения циркуляторной гипоксии яичек показан курс консервативной терапии, включающей ГБО, применение инфракрасного лазера на область мошонки и комплекса поливитаминов.

6. Необходимо проводить медицинские осмотры у детей, начиная с 5-6 лет. При подозрении на варикоцеле такие пациенты динамически наблюдаются в условиях детской поликлиники: осмотр 1 раз в 6 месяцев, контроль доплерографии. Это позволяет осуществлять раннюю диагностику варикоцеле у таких детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохин А.П. Варикоцеле у детей (клинико-экспериментальное исследование) / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1979.
2. Dubin L., Amelar R.D. // Fertil. Steril. – 1975. – № 26. – P. – 217-218.
3. Huk J., Fryczkowski M., Kaletka Z. et al. // Wiad. Lek. – 1998. – V. 51. Suppl. 3. – P. 68-70.
4. Sayfan J., Siplovich L., Koltun L., Benyamin N. // J. Urol. – 1997. – V.1 57, No. 4. – P. 1456-1457.
5. Stephenson J.D., O'Shaughnessy E.J. // Fertil. Steril. – 1968. – V. 19, No. 1. – P. 110-117.

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.Н. Хорев

Ярославская медицинская академия

По данным многих авторов, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдают от 5 до 10% взрослого населения Земли. В России заболеваемость язвенной болезнью достигает 20%, из них от 10 до 30% больных нуждаются в хирургическом лечении. После консервативного лечения в течение 1-5 лет у 90% пациентов развивается рецидив заболевания, сопровождающийся различными осложнениями, в том числе и острым гастродуоденальным кровотечением с летальностью 7-20%. Наибольшие трудности, ошибки и осложнения в хирургическом лечении наблюдаются при язве двенадцатиперстной кишки, что связано с ее анатомическим расположением, тесными взаимоотношениями с соседними органами и сосудами.

С кровотечением из язв двенадцатиперстной кишки в нашу клинику поступил 491 больной (28,2%) – самая многочисленная группа из всех пациентов с острым гастродуоденальным кровотечением. С легкой кровопотерей было 102 больных (20,77%), с компенсированной – 159 (32,38%), с субкомпенсированной – 141 (28,71%), с декомпенсированной – 89 (18,12%) больных. При легкой кровопотере летальных исходов не было, при компенсированной умер один больной (0,6%), при субкомпенсированной – шесть (4,25%), при декомпенсированной – 32 (35,95%).

Консервативно лечились 323 больных (65,78%), с летальными исходами – 11 (3,4%). Хирургическими методами было пролечено 168 больных (34,2%) с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки. Сразу после ревизии органов брюшной полости возникает важнейший вопрос: какой способ остановки кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки наиболее оптимален в каждом конкретном случае.

Большинство авторов при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки стремятся выполнить хирургические вмешательства, менее травматичные, чем резекция желудка: органосохраняющие операции с ваготомией. Таких операций нами выполнено 35 (21,8%), с тремя (8,6%) летальными исходами. Независимо от характера вмешательства, хирург должен помнить о главной задаче операции: надежной

остановке кровотечения. Вместе с тем, иссечение язвы при органосохраняющих операциях легко осуществимо только при ее локализации на передней стенке луковицы. При локализации же язв по верхнему или нижнему контурам, не говоря уже о задней стенке, мобилизация затруднена из-за грубого рубцово-спаечного или воспалительного процесса, опасности повреждения желчного протока, крупных сосудов, тем более, что в последние годы все больше стало больных с так называемыми гигантскими язвами двенадцатиперстной кишки. Как правило, это язвы от 2 до 6 см в диаметре, встречающиеся у 10-12% больных с язвой двенадцатиперстной кишки. В 50% они дают профузные кровотечения, пенетрируют в соседние органы, образуют массивные инфильтраты, стенозы, что значительно затрудняет оперативное вмешательство. Поэтому неудивительно, что многие хирурги, получив при экстренных операциях у больных с гигантскими язвами двенадцатиперстной кишки высокую летальность (до 30,4%), рекомендуют выжидательную тактику и подготовку больных к плановым вмешательствам.

Ненадежным и ошибочным способом обработки кровоточащей дуоденальной язвы при выполнении органосохраняющих операций мы считаем прошивание самой язвы или сосуда в дне язвы с ее оставлением. Применяя такие вмешательства в первые годы работы и подчас необоснованно расширяя показания к органосохраняющим операциям, особенно у больных с гигантскими язвами двенадцатиперстной кишки, мы получили наиболее высокую летальность, прежде всего, вследствие рецидивов кровотечения.

Самые неблагоприятные результаты были получены нами в первые годы работы в связи с массовым поступлением больных с острым гастродуоденальным кровотечением при паллиативных операциях прошивания язв без дополнения ваготомией. Из четырех таких операций в двух случаях наступили рецидивы кровотечения и летальные исходы в ближайшие 4-7 дней после операции.

Определенные перспективы в хирургическом лечении трудных дуоденальных язв, в том числе и кровоточащих, можно связать с новыми методами их иссечения – дугообразной пилородуоденопластикой [1], или с операцией дуоденопластики [3] в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. Мы применяли такие операции у восьми больных с острым гастродуоденальным кровотечением с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, особенно после дуоденопластики, как мостовидной так и сегментарной.

Ошибочно начинать органосохраняющую операцию с «чистого» этапа – ваготомии, которая может занять много времени. Первая и главная задача экстренной операции – остановка язвенного кровотечения. Только после обработки кровоточащей язвы можно выполнять ваготомию, если позволяет состояние больного.

Изучив собственные ошибки и осложнения, а также данные литературы, мы пришли к выводу, что при обработке язв двенадцатиперстной кишки, особенно при кровотечении, не нужно стремиться мобилизовать ее при закрытом просвете – это опасно. Всегда целесообразно сначала мобилизовать кишку по Кохеру, затем попеременно вскрыть просвет двенадцатиперстной кишки по нижнему краю язвы, ревизовать локализацию язвы изнутри и тогда уже на глаз или под контролем введенного в просвет кишки пальца можно понять, в каком направлении безопаснее отсекай рубцы, если язва неглубокая, или отсекай стенку кишки от краев дна язвы при глубокой пенетрации. При такой тактике вероятность повреждения других органов значительно уменьшается.

Несмотря на широкое распространение органосохраняющих операций при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки и кажущуюся доступность, их нельзя считать простыми и легко выполнимыми: нередко наблюдаются технические ошиб-

ки и осложнения, требующие расширения объема вмешательства. Мы наблюдали повреждения капсулы селезенки у четырех больных, у одного – повреждение желчного пузырного протока, вовлеченного в воспалительный процесс. По мнению А.А. Гринберга [2], «... возлагавшиеся надежды на органосохраняющие операции оправдали себя лишь частично». По его данным, при экстренных органосохраняющих операциях летальность достигает 30,8%. По-видимому, по этой же причине многие авторы при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки нередко отдают предпочтение резекции желудка, особенно при гигантских язвах. Мы также, в результате высокой летальности в первые годы применения органосохраняющих операций и в силу многолетней традиции клиники, чаще всего предпочтение отдаем резекции желудка. Всего при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки выполнено 125 резекций желудка (76,3%) в различных модификациях. Общая летальность при всех модификациях резекции желудка составила 19,2%.

Наиболее сложный и ответственный момент резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки – ушивание ее культи. Существует больше 150 способов ушивания ее культи, что само по себе уже говорит о проблеме. Хотелось бы обратить внимание на ряд приемов и методик, которые, по нашему опыту, облегчают обработку язвы и позволяют уменьшить число осложнений.

1. Лапаротомный доступ должен быть достаточно широким, чтобы свободно работать на луковице двенадцатиперстной кишки, особенно у тучных больных и гиперстеников.

2. Во всех случаях, как и при органосохраняющих операциях, сначала целесообразно мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру, освободив ее от рубцов, сращений, спаечной «мантии», и обеспечить тем самым запас передней стенки для последующих манипуляций. Рассечение грубых рубцовых тяжей, инфильтрата гепатодуоденальной связки лучше выполнить отдельными продольными пряжами, разделяемыми зажимом параллельно холедоху снизу-вверх. Такой прием обезопасит от пересечения крупного сосуда или желчного протока. Облегчает работу на луковице и предложение В.И. Оноприева [3] временно подводить под мобилизованную по Кохеру двенадцатиперстную кишку большой тампон, значительно приближающий ее к апертуре срединной раны.

3. При мобилизации двенадцатиперстной кишки и выделении язвенного инфильтрата из рубцов всегда безопаснее поперечно вскрыть кишку и работать на открытом просвете.

4. Считаем грубой ошибкой ушивать культю двенадцатиперстной кишки при кровоточащей язве закрытым способом – сшивающими аппаратами типа УО, УКЛ или по Мойнигану. При кровоточащей язве ушивание культи должно быть только на открытом просвете, под контролем глаза, т.к. при закрытых методах в просвете кишки может быть оставлен край язвы или вторая язва.

5. Крайне нежелательно оставление кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки «на выключение». Даже прошивание сосудов в дне язвы Z-образным швом не обеспечит надежного гемостаза. Это, по образному выражению Финстерера, «почетное отступление перед язвой» может обернуться рецидивом кровотечения, кстати, наблюдавшимся у самого Финстерера в 65% случаев. Дно язвы должно быть выведено из просвета двенадцатиперстной кишки. Это можно сделать практически всегда, работая на открытом просвете кишки.

6. Линию швов при ушивании культи двенадцатиперстной кишки лучше располагать не параллельно, а перпендикулярно к головке поджелудочной железы, накладывая внутриузелковые швы Матешука. При такой методике трудными будут только первые один-два шва, при этом стенки ушиваемой культи «расходятся» экономно.

Для закрытия культи достаточно мобилизовать ее заднюю стенку всего на 6-7 мм, второй ряд швов трудностей уже не представляет.

7. Опасно использовать для ушивания культи двенадцатиперстной кишки кетгут, поскольку под воздействием дуоденальных соков он набухает и удлиняется, в связи с чем может нарушиться герметичность швов.

8. При трудном ушивании культи двенадцатиперстной кишки всегда считаем необходимым подвести к культе отграничивающий тампон и улавливающий трубчатый дренаж. В редких случаях ненадежного ушивания культи превентивно накладываем дуоденостому.

9. Мы придаем значение и дуоденальной декомпрессии путем дренирования культи двенадцатиперстной кишки рассечением связки Трейтца, а также через назогастральный зонд, заведенный в культю кишки.

Важное значение, особенно для отдаленных результатов, имеет завершающий этап – выбор способа резекции желудка. В ситуациях с трудным ушиванием культи двенадцатиперстной кишки, как правило, мы применяем клапанную резекцию на короткой петле с рассечением связки Трейтца в модификации Я.Д. Витебского, что способствует внутренней компрессии двенадцатиперстной кишки, снижению внутридуоденального давления в 5-6 раз и предохраняет от недостаточности швов [4]. В ряде случаев при невозможности рассечения связки Трейтца или его неэффективности, с целью декомпрессии культи накладываем поперечный антиперистальтический дуоденоеюноанастомоз.

Различные послеоперационные осложнения имелись у 60 больных (36,1 %). У 21 из них послеоперационные осложнения послужили причиной повторных операций: у четырех больных возникли рецидивы желудочно-кишечного кровотечения, у 16 – различные гнойные осложнения и у одной больной 78 лет после ваготомии проведена гастрэктомия в связи с множественными ишемическими некрозами желудка.

Считаем необходимым обратить внимание хирургов и на такие опасные заключения эндоскопистов при желудочных кровотечениях, как «деформация выходного отдела», «стеноз выходного отдела», когда не удается пройти эндоскопом или внимательно осмотреть луковицу двенадцатиперстной кишки. В рубцах и складках могут скрываться глубокие язвы, опасные рецидивами кровотечения.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы.

1. Главное условие оперативного вмешательства – надежная остановка кровотечения, язва не должна оставаться в просвете двенадцатиперстной кишки, возможно и радикальное завершение операции, если позволяет состояние больного.

2. Выбор операции следует осуществлять с учетом тяжести состояния больного, операционной находки, квалификации хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н., Саенко В.Ф., Кондратенко Г.Г. и др. Органосохраняющие методы хирургического лечения острокровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Методические рекомендации. – Харьков, 1985.
2. Гринберг А.А. // Хирургия. – 1990. – № 7. – С. 19-24.
3. Оноприев В.И. // Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия при осложненных дуоденальных язвах / Сб. научных работ Кубанского мединститута. – Краснодар, 1984. – С. 6-19.
4. Ручкин В.И., Егоров А.Ю. // Клин. хир. – 1987. № 8. – С. 19-21.
5. Finsterer H. // Surg. Gynec. Obstet. – 1939. – V. 69, No. 3. – P. 291-293.