

УДК 616 - 089 617.5 (571.56)

М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев, В.В. Савельев

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Медицинский институт Якутского государственного университета, г. Якутск

В экстренной хирургии желудка при больших перфоративных отверстиях и выраженной воспалительной инфильтрации, каллезных язвах стенозирование и пенетрация в соседние органы, множественные язвы, подозрение на малигнизацию и некоторые другие осложнения требуют радикального метода оперативного лечения, к которому относится резекция желудка. Выполнение ее по экстренным показаниям связано с большим риском для жизни больного. Послеоперационная летальность при ранних сроках резекции желудка (даже имеющими большой опыт хирургами) составляет 4,4-4,8% и прогрессивно увеличивается при позднем оперативном лечении.

Главной целью всех операций при язве желудка является удаление язвы, устранение агрессивного кислотно-пептического фактора, обеспечение адекватной эвакуаторной функции желудка и сохранение пассажа желудочного химуса с максимально возможным устранением дуоденогастрального рефлюкса, предупреждение рецидива язвы или развития пептических язв анастомоза и рака культи желудка [2].

Материалы и методы исследования

За период с 1990 по 2003 г. в нашей клинике резекция желудка по поводу перфоративной язвы

желудка проведена у 78 больных, из них мужчин 62 (79,5%) и женщин 16 (20,5%). Большинство прооперированных (87,1%) в возрасте от 20 до 50 лет, остальные 10 (12,8%) — старше 51 года.

С 1994 г. при резекции желудка по Бильрот-II мы стали формировать гастроэнтероанастомоз на "ультракороткой" петле — этот метод был заимствован в клинике академика РАН и РАМН В.С. Савельева (г. Москва) и назван нами "модификацией В.С. Савельева". Согласно этой модификации, формирование гастроэнтероанастомоза сопровождается максимальным рассечением связки Трейца с целью создания ультракороткой приводящей культи анастомоза [3].

Течение послеоперационного периода сопоставлено с ранним на 6 и 13 сут фиброгастроскопическим мониторингом, и 6 исследований проведено по неотложным показаниям (послеоперационное внутрипросветное кровотечение, нарушение эвакуаторной функции желудка). Для оценки моторно-эвакуаторной функции после резекции желудка использован рентгенологический метод с контрастированием, проводимый на 7 и 14 сут с момента операции.

Исследуя с помощью рентгенологического и эндоскопического метода оперированный желудок, мы поставили перед собой следующие задачи:

Распределение больных по частоте и виду осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде, в зависимости от метода формирования желудочно-кишечного анастомоза

Осложнения в раннем послеоперационном периоде	Стеноз	Кровотечение	Перфорация	НГДА	Резекция без осложнений	Повторно оперировано	Всего
После резекции по Бильрот-I	1 (5,6)	1 (5,6)	-	2 (11)	14 (77,8)	3 (16,6)	18 (100)
По Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера	-	1 (3,6)	1 (3,6)	3 (10,7)	23 (82,1)	4 (14,2)	28 (100)
По Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем	-	1 (3,6)	1 (3,6)	3 (10,7)	19 (86,4)	3 (13,6)	22 (100)
По Бильрот-II в модификации Савельева	-	1 (10)	-	-	9 (90)	-	10 (100)

Примечание. В скобках - данные в процентах.

1. Изучить моторно-эвакуаторную функцию оперированного желудка в зависимости от способа формирования желудочно-кишечного соустья.

2. Подчеркнуть значение эндоскопического исследования в оценке ранних послеоперационных осложнений при различных способах формирования желудочно-кишечного соустья.

3. На основе полученных данных рентгеноскопии показать наиболее функциональный способ формирования желудочно-кишечного соустья с учетом воспалительных изменений в области предполагаемого желудочно-кишечного соустья.

Результаты и обсуждения

В раннем послеоперационном периоде у 13 (16,6%) оперированных больных в зависимости от метода формирования желудочно-кишечного соустья наблюдались ранние послеоперационные осложнения: стеноз, кровотечение, несостоятельность гастроэнтероанастомоза (НГДА), несостоятельность гастроэнтероанастомоза (НГЭА), повторная перфорация, при этом отмечался значительно низкий процент осложнений в группе больных с использованием метода формирования гастроэнтероанастомоза по Бильрот-II в модификации В.С. Савельева.

Приводим сравнительную таблицу частоты и вида осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде у больных с различным методом оперативного лечения по поводу перфоративной язвы желудка (табл. 1).

Эндоскопическое исследование проводилось на 6 и 13 сут с момента операции ввиду последующего контрастного исследования желудка. Для оценки состояния желудочно-кишечного соустья нами была использована клиничко-эндоскопическая классификация острых анастомозитов [1].

В изучаемых группах больных с желудочно-кишечным анастомозом на ранних сроках (6 и 13 сут) у 50% больных выявлялись деструктивные изменения слизистой соустья на фоне инфильтрации зоны шва. В этот же период отмечалось и наибольшее количество осложнений, связанных с методом формирования анастомоза (кровотечение, перфорация, несостоятельность шва анастомоза).

При этом при возникновении деструктивной формы анастомозита соответственно возрастал процент повторных перфораций и несостоятельности желудочно-кишечного соустья, что подтверждали наши исследования (табл. 2).

Рентгеноскопическое исследование показало, что в раннем послеоперационном периоде примерно у 60% больных, независимо от метода формирования желудочно-кишечного соустья, отмечаются признаки гипотонии: поверхностные перистальтические движения, наличие пищевых масс в культе желудка, причем отмечалось это, как правило, если у пациента до операции имелся выраженный периодуоденит или нарушения проходимости пилорического отдела желудка. В случае невыраженного воспалительного процесса гипотонии не отмечено. Практически полная атония культи желудка наблюдалась всего в двух случаях: в первом случае - при формировании гастроэнтероанастомоза в модификации Гофмейстера-Финстерера и во втором - при резекции желудка по Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем. Они были связаны с дооперационным расстройством функции стенки желудка при выраженном воспалительном процессе. Расширение приводящей петли с задержкой содержимого в этом отделе наблюдалось прибли-

Таблица 2

Характер анастомозитов при различном методе формирования желудочно-кишечного соустья

Характер изменений	Сроки наблюдения, сут							
	Бильрот-I		Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера		Бильрот-II с Брауновским соустьем		Бильрот-II в модификации Савельева	
	6	13	6	13	6	13	6	13
Эпителизация	2	7	10	13	9	14	7	8
Катаральный	3	3	6	4	5	4	1	2
Катарально-эрозивный	5	3	4	3	4	3	-	-
Инфильтративный	3	3	4	3	-	-	1	-
Инфильтративно-эрозивный	1	-	1	-	1	1	-	-
Деструктивный	-	2	1	3	-	-	-	-
Непроходимость анастомоза	1	-	-	-	-	-	-	-
Кровотечение	1	-	1	-	1	-	1	-
Несостоятельность анастомоза	1	1	1	2	2	-	-	-

зительно в 10% случаев, преимущественно при резекции по типу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера и на длинной петле с Брауновским соустьем, в значительно меньшей степени при Бильрот-I и Бильрот-II в модификации В.С. Савельева. Ускорение прохождения контрастного вещества в первые 6 сут с последующей нормализацией перистальтики к 14 сут наблюдалось в случае резекции по Бильрот-I в модификации В.С. Савельева. Более длительные моторно-эвакуаторные изменения наблюдались при двух последних вышеописанных модификациях. Болезненность при пальпации тубусом рентгенологического аппарата всегда наблюдается при несостоятельности желудочно-кишечного соустья и задержки эвакуации контраста. По-видимому, в первом случае это связано с развитием перитонита, во втором — с перерастяжением стенки культи желудка

Выводы

1. Комплексное исследование состояния желудочно-кишечного соустья в сопоставлении с клиническими результатами свидетельствует о несомнен-

ной важности рентгенологического и эндоскопического исследований оперированного желудка в диагностике ранних послеоперационных осложнений.

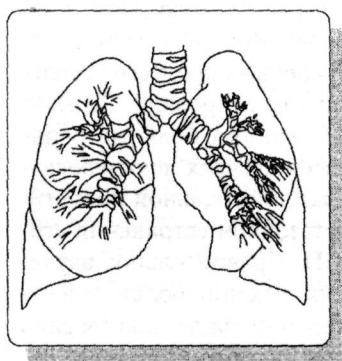
2. При явлениях дистального перидоуденита и периеюнита преимущество должно отдаваться способу формирования желудочно-кишечного соустья по Бильрот-II в модификации В.С. Савельева. Это препятствует несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, гастроэнтероанастомоза и, благодаря беспрепятственному поступлению желчи и панкреатического сока в тощую кишку, устраняет неблагоприятные действия кислотно-пептического фактора на слизистую анастомоза.

Л и т е р а т у р а

1. Жижин Ф.С., Капустин Б.Б. // Вестн. хир. 2002. №6. С 49-52.

2. Соколович Г.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Томск, 2001. С. 178-206.

3. Савельев В.В., Винокуров М.М., Гоголев Н.М. // Хирургия 2004: Мат-лы V Российского научно-го форума М., 2004. С. 171-172.



УДК 616 - 089 616.23/.25

В.Н. Николаев, А.И. Иванов, А.В. Тобохов, Н.П. Степанов, В.Д. Слепцов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Медицинский институт Якутского государственного университета, г. Якутск

Во всем мире отмечается рост числа больных неспецифическим спонтанным пневмотораксом (НСП), в основе которого лежит, по данным различных авторов, в большинстве случаев буллезная эмфизема легких [2, 3].

Развитие в последние годы видеоторакоскопической техники расширило показания к лечению НСП. Несмотря на возросшую хирургическую активность, по данным литературы, не сформировалось единого мнения о лечебной тактике при неспецифическом спонтанном пневмотораксе [4, 5]. Существуют различные подходы к лечению впервые возникшего НСП, частота рецидивов которого составляет 30-65% случаев [1]. Остаются дискуссионными воп-

росы методов формирования и объема выполнения эндохирurgicalического плевродеза [4, 6]. Так же остаются неизученными влияния различных методик плевродеза на биомеханические свойства легких в отдаленные сроки после операций.

Нами обобщены сведения о 77 больных НСП, оперированных эндохирurgicalическим методом, 9 из которых операция произведена на контралатеральной стороне в разные сроки по поводу двустороннего попеременного пневмоторакса. После произведенной ранее операции посредством традиционной торакотомии эндохирurgicalическая операция произведена на контралатеральной стороне 7 больным НСП. Поступил в клинику 71 (91%) больной НСП для