

УДК 616.33-006.6.07

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

**К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ
ИШЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КУЛЬТЕ ЖЕЛУДКА
ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ**

В работе приведены результаты 10 экспериментальных и 15 клинических исследований по вопросу о причинах развития ишемических расстройств в культе желудка после дистальной резекции с фундопликацией по Ниссену. В культе желудка выявлена «зона риска», в которой чаще всего наблюдаются ишемические нарушения.

Установлено, что фундопликация усугубляет и без того имеющиеся нарушения кровоснабжения в оставшейся части желудка за счёт сдавления артериальных стволов, идущих к культе с пищевода и диафрагмы. Нарушения кровоснабжения культи желудка лежат в основе ряда осложнений, возникающих в послеоперационном периоде.

Резекция желудка до настоящего времени остаётся операцией выбора при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно при осложнённых формах этого заболевания [5].

Одним из тяжёлых осложнений, омрачающих результаты хирургического лечения язвенной болезни, являются ишемические нарушения в культе желудка после различных видов его резекции, которые нередко заканчиваются смертью больных. Частота этих осложнений достигает 0,4% [1]. Многие авторы [2] уже давно пропагандируют фундопликацию, и прежде всего по Ниссену, как меру профилактики рефлюкс-эзофагита. В последние годы в большинстве случаев считается обязательным дополнять резекцию желудка фундопликацией при наличии скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, особенно осложнённой рефлюкс-эзофагитом. Число таких операций неуклонно растёт. Однако с увеличением объёма резекции, особенно при сочетании резекции желудка с фундопликацией, значительно увеличивается и частота ишемических осложнений.

Значительное снижение кровотока в культе желудка после обычной резекции доказано, экспериментально и клинически, многими авторами. В эксперименте на собаках Л.А.Ковальчук [4] доказал, что после резекции желудка с перевязкой экстраорганных сосудов, формирующих артериальные и венозные сосудистые дуги по большой и малой кривизнам, кровоток в культе желудка снижается на 38%.

По данным М.К.Нусруллаева [8], при легировании левых желудочных и желудочно-сальниковых артерий в верхней трети желудка отмечается значительное снижение артериального давления в сосудах культи желудка.

Методом трансиллюминационной окклюзионной ангиоскопии М.З.Сигал [7] установил прямую зависимость между величиной площади культи желудка с пульсирующим кровотоком и числом сохраняемых стволов коротких артерий желудка.

Л.А.Ковальчук [4] на большом клиническом материале (52 больных) изучил регионарный кровоток слизистой оболочки желудка методом водородного клиренса. У 36 из обследованных 52 пациентов показатели кровотока в культе желудка снизились на 22,4-42,1% от дооперационного уровня.

С целью исследования кровотока в культе желудка после дистальной резекции с фундопликацией по Ниссену мы применяли ранее использовавшуюся на кафедре общей хирургии [3] методику вазоконтрастной рентгенографии артерий желудка и их внеорганных анастомозов. Исследования проводились на органокомплексах, взятых у трупов людей разных полов и возрастов. Рентгеноконтрастная масса вводилась в сосуды желудка после выполнения дистальной его резекции с фундопликацией по Ниссену, после чего выполнялась рентгенография. Контролем служили рентгеновские снимки, сделанные по той же методике, на органокомплексах после изолированной дистальной резекции желудка. Всего проанализировано 10 рентгенограмм.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что производимая в настоящее время с целью профилактики рефлюкс-эзофагита фундопликация по Ниссену резко нарушает кровоснабжение культи желудка, что вызвано сдавлением и повреждением артериальных сосудов, идущих к культе желудка от пищевода и диафрагмы. Эти небольшие по диаметру артериальные стволы играют важную роль в кровоснабжении культи желудка, и их сохранность имеет решающее значение для профилактики ишемических осложнений.

В клиниках г. Чебоксары мы наблюдали 15 случаев различных проявлений нарушения кровоснабжения культи желудка после резекции с фундопликацией по Ниссену. Нарушения питания культи желудка проявлялись некрозом стенки культи желудка (2 больных), множественными (2 больных) и одиночными (8 больных) язвами. В 3 случаях наблюдалась перфорация одиночных язв, в 5 случаях язвы осложнились кровотечением, у 3 больных причиной кровотечения были множественные эрозии культи желудка.

Эрозии, язвы, некрозы локализовались в области передней стенки культи желудка, чаще по центру, реже - ближе к малой или большой кривизне. Эти данные согласуются с полученными нами экспериментальными данными: результатами исследования было показано, что в области передней стенки

культы желудка имеется «зона риска», кровоснабжение которой осуществляется в основном за счёт сосудов, идущих от пищевода и диафрагмы.

Таким образом, в этиологии и патогенезе ишемических расстройств в культе желудка после резекции с фундопликацией по Ниссену решающим фактором является нарушение кровотока по артериям, идущим к культе от пищевода и диафрагмы. Нарушение кровотока вызвано сдавлением и повреждением указанных сосудов при выполнении фундопликации.

Литература

1. Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Напалков А.И., Шульгин В.Л. Профилактика и лечение рефлюкс-эзофагита: Учебное пособие. Л., 1987. 24 с.
2. Дружков Б.К. Ишемический некроз стенки желудка при дистальной резекции // Вестн. хир. 1978. №3. С. 122-125.
3. Катанов Е.С., Алексеев В.С., Островский Г.М., Кузьмин А.А. Влияние методов резекции желудка и спленэктомии на кровоснабжение культи желудка // Мед. журнал Чувашии. 1995. №1-2. С. 16-20.
4. Ковальчук Л.А. Роль нарушений регионарного кровотока в развитии панкреатита после резекции желудка. // Сов. медицина. 1985. №7. С. 17-20.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. №1. С. 27-32.
6. Симорот Н.И. Кровеносная система желудочно-кишечного тракта и её адаптационные свойства при резекциях и гастрэктомиях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1972.
7. Сигал М.З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. М., 1974. 184 с.
8. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Т. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань, 1991. 360 с.

КАТАНОВ ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ родился в 1948 г. Окончил Казанский государственный медицинский институт. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Чувашского государственного университета. Автор 240 работ в области хирургической гастроэнтерологии, в том числе двух монографий.

ЦЫЛЬКОВ ВИКТОР ЕВГЕНЬЕВИЧ родился в 1941 г. Окончил Куйбышевский государственный медицинский институт. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Чувашского государственного университета. Автор 130 работ в области хирургической гастроэнтерологии.

ЦЫЛЬКОВ ЛЕВ ВИКТОРОВИЧ родился в 1972 г. Окончил Чувашский государственный университет. Ассистент кафедры общей хирургии Чувашского университета. Автор 9 работ в области хирургической гастроэнтерологии.
