

© Коллектив авторов, 2006
УДК 617.58-005.4-06:616.33-005.4

А.В.Ватлин, Г.М.Барванян, Л.А.Пиникер, М.Н.Садыкова, А.В.Усов

СНИЖЕНИЕ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИНТРАОРГАННОГО КРОВОТОКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней I (зав. — доц. А.В.Ватлин) Коми филиала Кировской государственной медицинской академии, г. Сыктывкар

Ключевые слова: желудок, интраорганный кровоток, ишемия нижних конечностей.

Общеизвестно, что желудок является органом с очень хорошим кровоснабжением. С одной стороны, это большое количество вне органных артериальных сосудов, с другой — развитая сеть внутривисцеральных анастомозов. Богатое кровоснабжение позволяет широко мобилизовать желудок при операциях. Так, для полноценного кровоснабжения культи желудка при дистальных резекциях достаточно сохранить один короткий сосуд по большой кривизне или одну заднюю желудочную артерию. Это обеспечивает значительную подвижность культи желудка, не нарушая кровоснабжения. Однако в редких случаях все же имеется опасность ишемии культи желудка при широкой мобилизации. Основным неблагоприятным фактором, ведущим к расстройству кровоснабжения, является атеросклеротическое поражение сосудов.

За последнее время появились ряд публикаций, посвященных эрозивно-язвенным заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных с хронической ишемией нижних конечностей. Проведены исследования аорты и непарных висцеральных ветвей у этой группы больных. При отсутствии окклюзионно-стенозных изменений чревного ствола и верхней брыжеечной артерии отмечено некоторое увеличение диаметра исследуемых сосудов и скорости кровотока по ним, снижение индексов пульсации и циркулярного сопротивления. Авторы рассматривают это как феномен шунтирования крови и уменьшения кровотока в терминальных ветвях висцеральных сосудов [1]. Это ведет к гипоксии слизистой оболочки и соответственно высокой частоте эрозий, язв же-

лудка и ДПК у больных с окклюзионно-стенозическими заболеваниями абдоминального отдела аорты и артерий нижних конечностей [2]. При резекции желудка у этих больных кровоснабжение наиболее отдаленной от сохраненных артериальных ветвей дистальной части культи желудка всегда находится в худших условиях. Приводим собственное наблюдение.

Больной Б., 65 лет, переведен в хирургическое отделение Республиканской больницы № 2 г. Сыктывкара 03.03.2004 г. в 10.00 из кардиологического диспансера, где ему планировалась операция по поводу атеросклеротической окклюзии поверхностной бедренной артерии; хроническая артериальная недостаточность IIб стадии. За 3 ч до поступления у больного возникли боли в правом подреберье. Язвенный анамнез 10 лет, в 1994 г. ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. При поступлении проведена фиброгастроскопия (ФГС), выявлен язвенный дефект по заднелатеральной стенке, занимающий полуокружность ДПК, тромбированный сосуд на задней стенке, угроза кровотечения. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. Консервативная терапия, наблюдение. К вечеру боли усилились, распространились по всему правому флангу. Заподозрена перфорация язвы.

Через 2 ч с момента поступления выполнена лапаротомия. В брюшной полости по правому боковому каналу обнаружено около 500 мл мутного выпота с примесью желчи. Грубая деформация и выраженный спаечный процесс в луковице ДПК, где на переднелатеральной стенке определяется перфоративное отверстие диаметром 0,8×0,3 см, прикрытое плоскостной спайкой. При незначительной тракции желудка перфоративное отверстие увеличилось до 2 см. С учетом проблематичности надежного ушивания перфоративного отверстия и угрозы кровотечения решено выполнить резекцию желудка. Желудок мобилизован на $\frac{2}{3}$, отсечен от ДПК. Культи ДПК укрыта с техническими трудностями дубликатурно-пластическим способом с раздельным ушиванием слизистой оболочки и серозно-мышечной манжетки. Малая кривизна ушита двухрядным швом. При иссечении избытка слизистой оболочки желудка в проекции предполагаемого анастомоза замечено отсутствие кровотечения по линии разреза стенки желудка, что не характерно

в подобной ситуации. Артериальное давление в этот период не снижалось. Выполнена резекция культи желудка с частью сформированной малой кривизны практически до уровня сохранных сосудистых стволов. По линии разреза стенки желудка отмечено пульсирующее кровотечение. Сформирован двухрядный поперечный позадибодочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле. Резекция желудка в данном случае носила вынужденный характер: сочетание перфорации с угрозой кровотечения из гигантской язвы ДПК. Послеоперационный период без осложнений. ФГС — контроль через 10 дней после операции: выявлены эрозии культи желудка, что расценено с большей долей вероятности как проявление гипоксии слизистой оболочки культи желудка. Ангиография 20.03.2004 г.: на селективной ангиограмме ветви первого порядка чревного ствола контурируются хорошо, сужений нет, отмечается неровность контура желудочно-двенадцатиперстной артерии. На ангиограммах аорты и нижних конечностей определяется атеросклероз инфраренального отдела аорты, отмечается неровность контуров поверхностных бедренных артерий с участками стенозов до 75%. Неровность контуров и участки стенозов на протяжении артерий голени с преимущественным поражением дистальных отделов. Проведено консервативное лечение: гипербарическая оксигенация, противоязвенная и сосудистая терапия. ФГС — контроль 26.03.2004 г.: хронический субатрофический гастрит культи желудка. Пациент переведен в кардиологический диспансер, где 29.03.2004 г. выполнена поясничная симпатэктомия слева.

Осмотрен через 6 мес: жалоб не предъявляет, придерживается диеты с дробностью приема пищи. ФГС — контроль: хронический субатрофический гастрит культи желудка; анастомоз проходим, смыкается в виде щели.

Данное наблюдение подтверждает возможные ограниченные компенсаторные резервы кровообращения желудка при атеросклеротическом поражении сосудов у больного с хронической ишемией конечностей. Даже стандартная мобилизация желудка на $\frac{2}{3}$, не говоря о расширенной мобилизации, может привести к ишемии культи. Этому способствуют наруше-

ние внеорганных анастомозов при мобилизации желудка и снижение мезентериального кровотока у больных с атеросклерозом брюшной аорты и ее ветвей. Данное наблюдение указывает на важность учета этих факторов при выполнении резекции желудка у больных с хронической ишемией нижних конечностей. При этом необходимо корректировать стандартный ход операции с целью избежать нарушения кровоснабжения культи желудка. В таких случаях целесообразно проводить лигирование сосудов непосредственно у стенки желудка, при этом щадить основные стволы желудочных артерий. Резекцию желудка следует выполнять ближе к сохранным источникам кровоснабжения культи. Необходимо применять методики, позволяющие избегать расширенной мобилизации желудка и натяжение культи желудка за счет анастомоза. Игнорирование этих требований чревато опасностью развития грозных послеоперационных осложнений в ишемизированной культе желудка: кровотечение из острых язв зоны анастомоза и слизистой оболочки культи желудка, некроз стенки и несостоятельность швов анастомоза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бельков Ю.А., Шинкевич Э.В., Макеев А.Г. и др. Тактика лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей при эрозивно-язвенных гастродуоденитах // Хирургия.— 2004.—№ 3.—С. 38–41.
2. Фокин А.А., Олевская Е.Р., Орехова Л.А. и др. Заболевания проксимального отдела желудочно-кишечного тракта у больных с окклюзионно-стенотическими изменениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей // Ангиол. и сосуд. хир.—1999.—№ 2.—С. 114–118.

Поступила в редакцию 14.08.2005 г.