

10. Hornby P.J., Abrahams T.P. Central control of lower esophageal sphincter relaxation // Am. J. Med., - 2000 Mar. 6. - Vol.108, Suppl 4a. - P.90s-98s.
11. Kawahara H., Imura K., Yagi M., Yoneda A., Soh H., Nasuke Y., Okada A. Mechanisms underlying the antireflux effect of Nissen fundoplication in children // J. Pediatr. Surg. - 1998. - Nov. - Vol.33. - N.11. - P.1618-1622.
12. Lemire S. Assessment of clinical severity and investigation of uncomplicated gastroesophageal reflux disease and noncardiac angina-like chest pain // Can. J. Gastroenterol. - 1997 Sep. - P.17B-40B.
13. Little A.G. Mechanisms of action of antireflux surgery: theory and fact // World J. Surg. - 1992. - Mar-Apr. - Vol.16. - N.2. - P.320-322.
14. Ramel S., Thor K. The Ersta procedure, a hemifundoplication for the treatment gastroesophageal reflux disease // Ann. Chir. Gynaecol. - 1995. - Vol.84, N.2. - P.145-149.
15. Robson K., Rosenberg S., Lembo T. GERD progressing to diffuse esophageal spasm and the to achalasia // Dig. Dis. Sci.,-2000. - Jan. - N. 1. - P. 110-113.
16. Schnatz P.E., Castel J.A., Castel D.O. Pulmonary symptoms associated with gastroesophageal reflux: use of ambulatory pH monitoring to diagnose and to direct therapy // Am. J. Gastroenterol. - 1996. - Sep. - Vol.91. - N.9. -P.1715-1718.
17. Suter M., Bettschrt V. La laparoscopic atele molifie l'approche chirurdicale de la meladie de reflux gastroesophagien? A propos d, une experience de 63 cas de maladie de reflux gastro-esophagien traites par laparoscopic // Schwaiz. Med. Wochschr. - 1998. - Bd.128, N.46. - S.1813-1821.

О ПЛЕХАНОВ А.Н., БОРБОВЕВ Л.В., СЕМЕНИЩЕВА Е.А., ТОВАРШИНОВ А.И. -

## СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДУОДЕНАЛЬНОГО СТАЗА ПРИ Y-АНОМАЛИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*А.Н. Плеханов, А.В. Борбовец, Е.А. Семенищева, А.И. Товаришинов.*

(Бурятский государственный университет, ректор - проф. С.В. Калмыков, Отделенческая больница ст. Улан-Удэ, гл. врач - Е.А. Семенищева)

**Резюме.** В статье представлен способ коррекции дуоденального стаза, обусловленного Y-образной аномалией двенадцатиперстной кишки, сущность которого заключается в рассечении брюшинного кольца в участке перехода париетального листка в висцеральный и пересечении мышцы, подвешивающую двенадцатиперстную кишку по задней поверхности flexura duodenojejunalis. Это приводит к низведению кишки и ликвидации аномалийной гиперфиксации.

**Ключевые слова:** дуоденальный стаз, Y-аномалии двенадцатиперстной кишки, авторский способ хирургической коррекции.

На рубеже XXI века актуальность проблемы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) бесспорна, так как при этом имеет место достаточно большой процент осложнений в послеоперационном периоде [1,3]. В большинстве случаев причиной этих осложнений является не ликвидированный дуоденальный стаз или, так называемое хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП).

В настоящее время хирургами предложено много различных способов коррекции ХНДП, однако, большинство из них травматичны, чреваты различными осложнениями, а использование их нередко приводит к инвалидизации больных [4]. В последние годы произошла переоценка взглядов на применение того или иного способа коррекции ХНДП, так как эти способы, как правило, разрушают фиксирующий аппарат двенадцатиперстной связки, что приводит к нарушению депонирующей функции двенадцатиперстной кишки, а это еще более усугубляет дуоденальный стаз [6,9].

На сегодняшний день остается мало изученными топографо-анатомические и морфологические особенности выходного кольца брюшины у двенадцатиперстно-тощей связки, а также гиперфиксирующая роль мышцы поддерживающей двенадцатиперстную связку [7].

К предрасполагающим факторам нарушения моторики ДПК относили острый угол аорто-мезентериального "пинцета", врожденную аномалию расположения сосудов, сколиоз, лордоз и другие [2]. По данным И.И. Орлова (1937) причиной срыва компенсации моторной функции ДПК являются рубцовые процессы в брыжейке тонкой кишки и ее лимфатическом аппарате.

Давно известен анатомический вариант ДПК обуславливающий развитие дуоденального стаза, при котором отсутствует горизонтальная часть ДПК, а нисходящая под острым углом переходит непосредственно в восходящую часть. Он впервые дифференцирован лишь в системе патогенеза дуоденостазов разной этиологии и выделен из системы неэффективных способов хирургического лечения [5].

Известны способы лечения данного вида дуоденостаза, так, например, операция Стронга, когда производят низведение всей нисходящей части дуоденума. Существенными недостатками этого способа хирургической коррекции является то, что при нем повреждается сосудисто-нервный аппарат медиальной поверхности кишки, вследствие чего усиливается существующий дуоденостаз. Положительный эффект в лечении достигается только в 30% случаев [8].

В последние годы описана модификация этого способа, отличающаяся тем, что операцию дополняют продольной миотомией всей восходящей части кишки. Существенным недостатком модификации является то, что миотомия препятствует сократительной функции кишки, что приводит к развитию нового механизма дуоденостаза [2].

Известен способ лечения ХНДП путем наложения анастомоза между начальной частью тощей кишки и латеральной стороной восходящей части 12 перстной кишки [10]. Недостатком этого способа является высокий процент (34%) осложнений в виде анастомозитов. Кроме того, способ травматичен, так как в забрюшинном пространстве резецируют дуоденоюнальный сегмент, накладывают анастомоз, формируют тоннель между верхней брыжеечной артерией и аортой.

Целью работы является разработка хирургического способа коррекции дуоденального стаза при аномалии двенадцатиперстной кишки.

#### Материалы и методы

Выполненная работа, представляет собой клинико-экспериментальное исследование, главной задачей которого является апробация и внедрение способа профилактики и коррекции ХНДП при Y-аномалии ДПК. Исследование было выполнено на 50 трупах, на которых изучалась топографо-анатомическая характеристика выходного кольца брюшины у двенадцатиперстно-тощей связки, а также дана оценка гиперфиксирующей роли мышцы поддерживающей двенадцатиперстную связку.

Клиническая часть представляет собой анализ историй болезни 40 больных, которым выполнена хирургическая коррекция дуоденального стаза при данном виде аномалии ДПК. Среди больных преобладали мужчины 23, женщин было - 17. Средний возраст больных составил  $44,6 \pm 4,3$  года.

Диагноз устанавливался после получения результатов комплексного обследования больных, включающего: измерение внутриполостного давления в ДПК, желудке, пищеводе; исследование желудочной секреции с биохимическим исследованием желудочного содержимого (диастаза, щелочная фосфатаза, билирубин, рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта).

Произведены следующие виды операций: резекция желудка по Б-I и дуоденорекция - 2 больных, резекция желудка по Б-II и дуоденорекция - 17 больных, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу и дуоденорекция - 2, предлагаемая дуоденорекция - 6, прочие операции, преимущественно на внепеченочных желчных протоках и дуоденорекция - 13.

#### Результаты и обсуждение

При проведении секционного исследования было выявлено, что у 38 (76%) трупов отмечен аномальный вариант формы ДПК, которой дано название Y-образной. При этой форме нисходящая часть необычно удлинена, нижний изгиб опускается в подвздошную ямку, образуя подобие пищеварительного мешка желудка. При этом го-

ризонгальная часть двенадцатиперстной кишки отсутствует. От нижнего изгиба начинается восходящая часть. Она косо идет вверх до двенадцатиперстно-тощего изгиба. Аномально идущая восходящая часть имеет два отрезка: первый идет от нижнего изгиба до позвоночника, второй - от позвоночника до дуоденально-юнальной флексуры. В средней части, как показывает рентгенологическое исследование, между корнем брыжейки и позвоночником эвакуаторная волна гасится. При этом анатомическом варианте имеет место гиперфиксация двенадцатиперстно-тощего изгиба. В 2 наблюдениях он доходил до кардиального отдела желудка.

Учитывая данные проведенных исследований, которые выявили Y-образную деформацию двенадцатиперстной кишки, в клинической картине у больных отмечались следующие жалобы до операции: боль в животе - 100%, связь боли в животе с приемом пищи - 72,4%, ощущение тяжести и переполнения желудка - 20,4%, отрыжка - 38,8%, изжога - 44,7%, тошнота - 44,4%, ощущение горечи во рту - 20%.

С целью устранения деформации и выявленной аномалии ДПК был разработан способ коррекции дуоденального стаза. Сущность метода заключается в том, что вместо полного рассечения трехцепной связки снимаем путем рассечения брюшинное кольцо в участке перехода париетального листка брюшины в висцеральный. Войдя в забрюшинное пространство, по задней поверхности flexura duodenojejunalis пересекаем мышцу подвешивающую ДПК. Это приводит к тому, что ликвидируется аномальная гиперфиксация ДПК и происходит низведение ДПК в функциональное положение.

Всей восходящей части ДПК создаем интраперитонеальное положение. Для этого ее тупо отсоединяют от париетального листка брюшины. При этом все сосудисто-нервные связи ДПК с поджелудочной железой остаются не поврежденными. ДПК с подлежащими тканями ротируем по ходу часовой стрелки. Вследствие этого нижний изгиб поднимается flexura duodenojejunalis опускается вниз, тем самым возникает горизонтальная часть ДПК. В случае ее переполнения, избыточного сжатия корнем брыжейки к позвоночнику она легко выскальзывает за счет создания перитонизации. При этом уже на операционном столе наблюдается ее свободное опорожнение. Внутридуоденальное давление достоверно снижалось с  $220 \pm 40,4$  мм.вод.ст. до  $108 \pm 22,7$  мм.вод.ст. ( $p_F = 0,001$ ).

Непосредственные и отдаленные результаты показали, что при данном способе коррекции ДПК ликвидировался дуоденогастральный рефлюкс, недостаточность культи ДПК, улучшена депонирующая функция желудка.

В клинической картине в раннем послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика, которая проявлялась уменьшением боли в животе - 31,2%, связь боли в животе с приемом

пищи - 18,9%, ощущением тяжести и переполнения желудка - 29,9%, отрыжкой - 17,1%, изжогой - 5,3%, тошнотой - 21,8%, ощущением горечи во рту - 7%.

При контрольном рентгенологическом исследовании установлено свободное опорожнение ДПК, а также ликвидировано скопление дуоденального содержимого в нижнем изгибе. При рентгенологическом исследовании верифицировано наличие горизонтальной части.

Таким образом, предложенный способ профилактики постгастрорезекционных осложнений является

эффективным при коррекции Y-образной деформации ДПК. Он является альтернативным в лечении больных с данной патологией и может широко применяться врачами-хирургами.

В комплекс предоперационного обследования больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью необходимо включать рентгенологическое исследование, внутривидеоанальную манометрию и исследование секреторной функции желудка.

## **SURGICAL CORRECTION OF DUODENAL STASIS WITH Y-TYPE ANOMALY OF DUODENUM**

A.N. Plekhanov, L.V. Borboev, E.A. Semenishcheva, A.I. Tovarshinov

(The Buryat State University, Departmental Hospital, Ulan-Ude-City)

The paper presents method of correction of duodenal stasis caused by Y-type anomaly of duodenum. The essence of the method is dissection of peritoneal ring in the place where parietal leaf transfers into visceral and transection of the suspensory muscle of duodenum on the posterior surface of flexura duodenojejunalis. This leads to the reduction of duodenum and liquidation of anomalous hyperfixation.

### **Литература**

1. Алибеков З.А., Касумьян С.А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. - 1998. - №4. - С. 17-20.
2. Блажитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы ее коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Томск, 1994. - 50 с.
3. Витебский Я.Д., Кушниренко О.Ю., Ручкин В.И. Пути улучшения результатов гастрэктомий // Хирургия. - 1986. - №1. - С.39-41.
4. Дуденко Ф.И., Пляшкевич А.В., Зуев А.С. Результаты оперативного лечения больных с хронической непроходимостью двенадцатиперстной кишки // Клини. хир. - 1989. - №8. - С.28-30.
5. Жигаев Г.Ф. Дуоденальный стаз. - Иркутск, 1992. - 156 с.
6. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз. - Л., 1976. - 233 с.
7. Мищенко Ф.Ф., Чернобровый Н.П., Козак И.А. Влияние типа операции и сочетанной патологии на результаты лечения больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости // Вестн. хир. - 1992. - Т. 148, №4. - С.23-27.
8. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Никитин М.В. Значение нарушений дуоденальной проходимости в хирургии пилородуоденальных язв // Хирургия. - 1985. - №2. - С.10-14.
9. Репин В.Н., Дворянских В.Н., Овечкин А.В. Оперативное лечение хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки после радикальных операций на желудке при язвенной болезни // Клини. хир. - 1989. - №8. - С.30-32.
10. Ступин В.А., Федоров А.В., Салахутдин М. Исторические аспекты хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости (обзор литературы) // Хирургия. - 1988. - №2. - С.135-139.
11. Carlo V.M., Vargas O., Rameres Schon G. Proximal duodeno-jejunosotomy for the safe management of the difficult duodenal stump // Bol. Asoc. Med. - 1996. - Vol.88, N.10-12. - P.89-91.

КИРИЛЕНКО А.С., ТАРИЧКО Ю.В. -

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ БЕСКРОВОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*А.С. Кириленко, Ю.В. Таричко.*

(Российский университет дружбы народов, Москва)

**Резюме.** В статье представлены результаты лечения 272 больных с заболеваниями сердца, включая ишемическую болезнь сердца, приобретенные пороки, опухоли сердца и другие. Разработана концепция "бескровой" программы при выполнении операций на сердце. При этом отмечается достоверное уменьшение периоперационной кровопотери. Отказ от аллотрансфузий способствовал снижению количества послеоперационных инфекционных осложнений.

**Ключевые слова:** принцип бескровой хирургии, операции на сердце, искусственное кровообращение, опыт лечения 272 больных.

Основная доктрина современной хирургии и трансфузиологии заключается в том, что инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери при обширных хирургических вмешательствах должна быть направлена на наиболее полное сохранение

собственной крови больного и минимальное использование компонентов донорской крови, то есть стремиться к "бескровой хирургии" [3].

По определению А.П. Зильбера (1999), совокупность различных методов и принципов, на-