

ВАРИАНТ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

В.И. Мидленко, А.Л. Чарышкин

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. – проф. В.И. Мидленко)
Ульяновского государственного университета*

Нами изучена ежегодная частота перфоративных язв за 1995–2004 гг. по данным отдела статистики облздрава Ульяновской области. С учетом постоянного изменения численности населения рассчитана частота перфоративных гастродуоденальных язв на 100 тысяч населения за эти же годы: 1995 г. – $20,9 \pm 1,0$, 1996 г. – $20,7 \pm 1,9$, 1997 г. – $26,4 \pm 4,4$, 1998 г. – $25,9 \pm 2,1$, 1999 г. – $30,1 \pm 3,1$, 2000 г. – $30,8 \pm 5,6$, 2001 г. – $35,7 \pm 9,8$, 2002 г. – $26,5 \pm 1,8$, 2003 г. – $24,4 \pm 5,0$, 2004 г. – $18,2 \pm 2,1$. Прослеженная за 10 лет динамика частоты прободных язв в Ульяновской области показала, что пик заболеваемости приходился на 1999, 2000–2001 годы.

Рост частоты перфоративных язв совпал с экономическим кризисом и резким снижением материального уровня жизни населения. Переживаемый обществом кризис стал для больных значимым стрессорным фактором для развития перфоративных язв. Для компенсации негативных влияний кризисного периода на течение язвенной болезни необходимо повышать эффективность диспансеризации и роль плановой хирургии в лечении больных с тяжелым течением заболевания.

Основным оперативным пособием было ушивание перфоративных гастродуоденальных язв. С учетом увеличения числа больных язвенной болезнью, перенесших ушивание перфоративного отверстия, в ближайшие годы следует ожидать повышения потребности в хирургическом лечении из-за развития у существенной части этих больных новых осложнений (стеноза, кровотечений, реперфораций). При повторных оперативных вмешательствах у лиц, перенесших ушивание перфоративных гастродуоденальных язв, мы применяем резекции желудка по методу Бильрот-П в различных модификациях, при этом, как правило, возникают трудности с ушиванием культи двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Проблема «трудной» дуоденальной культи – одна из наиболее сложных и до конца не решенных проблем резекции желудка по методу Бильрот-П в хирургии язвенной болезни ДПК. Трудная дуоденальная культя встречается в 21,6–70,4% случаев резекции желудка по методу Бильрот-П при язве ДПК [2]. Частота несос-

тоятельности швов трудной дуоденальной культи возрастает по сравнению с таковой в простых ситуациях до 33 раз [4] и нередко превышает 10% и даже 20% [1]. Летальность при этом осложнении по-прежнему не имеет тенденции к снижению и составляет 25–70% [3].

Главная роль в профилактике несостоятельности швов трудной дуоденальной культи в urgentных ситуациях принадлежит хирургическим мероприятиям. Существуют следующие способы обработки культи ДПК при резекции желудка на выключение язвы.

При способе Вильманса антральный отдел желудка передавливают зажимом на расстоянии 4–5 см от привратника. Ниже зажима рассекают серозную и мышечную оболочки до слизистой. На слизистую оболочку культи накладывают зажим, серозную и мышечную оболочки отсепаровывают от слизистой оболочки до привратника, где лигатурой перевязывают слизистую оболочку и отсекают выше лигатуры. Над култей слизистой оболочки ушивают антральную серозно-мышечную трубку П-образными швами. Имеются разные модификации способа Вильманса, различающиеся методикой ушивания серозно-мышечной трубки.

Наиболее близким прототипом является модификация А.А. Шалимова [5], по которой сначала удаляют слизистую оболочку антрального отдела желудка, а затем иссекают передний лоскут до привратника. Ушивают слизистую оболочку ДПК слизисто-подслизистыми швами и сшивают мышечную оболочку привратника и заднего лоскута. Последний заворачивают направо, подшивают к привратнику и ДПК. Недостатком данного способа является недостаточная герметичность вследствие нарушения кровоснабжения культи ДПК при ее мобилизации.

В основу настоящей работы положены экспериментальные опыты. В первой и второй сериях эксперимента выполняли резекцию желудка по Бильрот-П на выключение у 6 кроликов (шиншилла) в каждой серии. В первой серии культи ДПК обрабатывали по способу Вильманса в модификации А.А. Шалимова, а во второй серии – по разработанному нами способу путем передавливания зажимом антрального отдела желудка на расстоянии 4–5 см от привратника.



Способ обработки культи ДПК при резекции желудка на выключение язвы.

Ниже зажима рассекали серозную и мышечную оболочки до слизистой. На слизистую оболочку культи накладывали зажим, серозную и мышечную оболочки отсепаровывали от слизистой оболочки до привратника. Слизистую оболочку антрального отдела желудка удаляли и затем иссекали передний лоскут до привратника. После ушивания слизистой оболочки ДПК слизисто-подслизистыми швами сшивали мышечную оболочку привратника и заднего лоскута. На передней стенке привратника производили разрезы серозной оболочки длиной 3,5–4,0 см параллельно циркулярным волокнам. Через оба разреза в мышечном слое тупо осуществляли туннелизацию. Задний лоскут заворачивали направо, проводили в туннель, подшивали к привратнику и ДПК (см. рис.).

Сроки наблюдения за животными после операции — 7 и 14-е сутки.

Материал для гистологического исследования фиксировали в 12 % растворе нейтрального формалина. Серийные срезы окрашивали гематоксилин-эозином, а также методом ШИК-реакции. Всего было исследовано 24 гистологических среза. Через 14 суток после предложенного способа обработки культи ДПК внешних признаков воспаления по всему периметру зоны пластики не было. В области туннелизации выявлен выраженный ангиоматоз — значительное количество капилляров, так называемых сосудистых почек на фоне незначительной воспалительной инфильтрации. Преимущество морфогенеза после предложенного способа обработки культи ДПК объясняется отсутствием деформации и лигатур на слизистой как инородного материала, улучшением кровоснабжения путем туннелизации. Полученные результаты послужили основанием для применения этого способа в клинической практике.

Резекция желудка по Бильрот-II на выключение язвы с формированием культи ДПК по

предложенному способу была выполнена 10 пациентам. Группу сравнения составляли больные, которым производили резекцию желудка по методу Бильрот-II на выключение язвы с обработкой культи ДПК по способу А.А. Шалимова (у 18). Поводом для повторной операции в большинстве случаев (12 наблюдений) служили рецидив язвенной болезни, отсутствие эффекта от консервативного лечения, выраженный болевой синдром. У 8 больных повторное вмешательство было выполнено по поводу кровоточащей язвы (в сроки от 6 месяцев до 5 лет после ушивания перфоративной язвы), у 4 — по поводу язвы, стенозирующей выходной отдел желудка (через 12 и 18 месяцев, 2, 3 года после ушивания). Один больной оперирован через 14 месяцев по поводу повторной перфорации. У 3 больных на повторной операции обнаружилось две язвы ДПК, одна из которых пенетрировала в головку поджелудочной железы. У всех повторно оперированных больных локализация язвенного процесса совпадала с локализацией ушитой язвы, наблюдались выраженный рубцовый перидуоденит и перигастрит. Радикальные операции характеризовались значительными техническими трудностями.

Послеоперационные осложнения чаще возникали во 2-й группе. Панкреатит мы наблюдали у 44,4% из них, в том числе у 11,1% панкреонекроз, завершившийся летальным исходом в 5,5% случаев вследствие несостоятельности культи ДПК. В 1-й группе ни панкреатита, ни панкреонекроза не было. Эвакуации из желудка вследствие анастомозита была нарушена у 33,3% больных 2-й группы (в 1-й — у 10%). Синдром приводящей петли развился у 16,5% пациентов 2-й группы (в 1-й группе данного осложнения не было).

Таким образом, предложенный способ обработки культи ДПК при резекции желудка по методу Бильрот-II на выключение язвы позволяет избежать таких грозных осложнений, как несостоятельность культи и панкреонекроз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И. И. // Хирургия. — 1982. — № 3. — С. 56–58.
2. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни. — Новосибирск, 1983.
3. Никитин Н.А. // Хирургия. — 2001. — № 5. — С. 35–39.
4. Цыганов И.Н., Сенько В.П. и др. // Вестн. хир. — 1980. — № 3. — С. 33–36.
5. Шалимов А.А., Радзиховский А.П. Атлас операций на органах пищеварения. — Киев, 2003.

Поступила 27.02.06.