

ВЛИЯНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ КУЛЬТЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА, ПО БИЛЬРОТУ II, НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2006 г. И.И. Таранов, Н.Л. Хашиев, А.М. Яндиев, Н.В. Усик

Цель работы – исследование внутрипросветного давления культи 12-перстной кишки (ДПК) после резекции желудка, по Бильроту II, как один из факторов, приводящих к развитию осложнений со стороны поджелудочной железы и желчевыводящих путей [1, 2].

Материалы и методы. С помощью аппарата Вальдмана у 63 больных исследовали внутрипросветное давление в культе ДПК через катетер, установленный в ее просвете во время операции резекции желудка, по Бильроту II, по окончании операции и через 1, 2, 3, 4 сут после нее. Больные были разделены на 2 группы: 1-й (26 чел.) в раннем послеоперационном периоде проводили общепринятую терапию, включающую парентеральное питание; 2-й (37 чел.) дополнительно осуществляли энтеральное зондовое питание в сочетании с наружной декомпрессией желудка и культи ДПК.

Результаты. Исследования показали, что в 1-й группе отмечалось максимальное нарастание давления в просвете ДПК на 3-и сут после операции (до $196 \pm 2,4$ мм вод. ст.) с постепенным снижением его до исходного уровня к концу 4-х сут по мере восстановления перистальтики кишечника. У 3 пациентов развились осложнения: у 2 – острый панкреатит, у 1 – острый холецистит. У пациентов с послеоперационным панкреатитом в дальнейшем возникла несостоятельность швов культи ДПК. Во 2-й группе макси-

мальное повышение давления в просвете ДПК отмечалось к концу 2 сут. Оно не превышало $160 \pm 2,8$ мм вод. ст. и во все сопоставляемые сроки была ниже, чем в 1-й группе. Это свидетельствовало о благоприятном влиянии наружной декомпрессии на внутрипросветное давление в культе ДПК. Кроме того, у этих больных отмечено более раннее восстановление перистальтики кишечника. Несостоятельность швов культи ДПК в этой группе пациентов не наблюдалась.

Заключение. После резекции желудка, по Бильроту II, внутрипросветное давление в культе ДПК при отсутствии наружной ее декомпрессии достигает максимума на 3-и сутки. В отдельных случаях это может служить фактором, способствующим развитию послеоперационного панкреатита и холецистита. Поэтому наружную декомпрессию культи ДПК у больных в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка, по Бильроту II, следует считать целесообразной.

Литература

1. Бражников Н.А. Лечение осложнений язвенной болезни 12-перстной кишки // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Новосибирск, 1998. С. 57–59.
2. Мартыросов Ю.К. Анализ причин летальных исходов у больных с кровоточащими гигантскими гастродуоденальными язвами // Физиология и патология пищеварения. Краснодар, 1999. С. 101–102.