

Г.Е.Соколович, Г.Ц.Дамбаев, Е.Г.Соколович

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННЫХ
ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Томск

Суть метода состоит в следующем. Сначала высвобождаем двенадцатиперстную кишку (ДПК) из-под укрывающих ее многослойных спаек, затем мобилизуем по Кохеру. Этим, во-первых, устраняется зачастую сопутствующий язвенной болезни дуоденостаз и, во-вторых, обеспечивается хорошая подвижность передней стенки кишки, что немаловажно на завершающем этапе зашивания дуоденальной культи. После отсечения желудка передняя стенка ДПК рассекается ножницами или электроножом в продольном направлении настолько, чтобы был виден нижний край язвы. В результате образуется широкий веерообразный лоскут с двумя прямоугольными краями. С той части лоскута, на которой расположена язва, удаляется слизистая оболочка до нижнего края язвы, а дно язвы выскабливается острой ложкой и обрабатывается йодином. Противоположный край веерообразного лоскута закругляется соответственно полуокружности кишки до нижнего края язвы. Лоскут фиксируется 2-3 швами к стенке кишки, лишенной слизистой, и сверху прикрывается в виде дубликатуры противоположным краем лоскута. Дубликатура укрывается сплошной широкой складкой, сформированной из передней стенки ДПК. По бокам складка фиксируется швами к латеральной и медиальным стенкам кишки, а вверху в шов захватывают заднюю стенку кишки и капсулу поджелудочной железы. Операцию заканчивают аспирационным дренированием подпеченочного пространства. Для этого через отдельный прокол передней брюшной стенки в правом подреберье к Винслову отверстию подводится пластиковая трубка диаметром 0,8 см с двумя отверстиями на боковых ее поверхностях в 2 и 3-х см от среза. Трубка фиксируется тонким кетгутом к париетальной брюшине задней брюшной стенки и шелком в области прокола передней брюшной стенки. Вакуум до 100-110 см водяного столба создается путем подсоединения дренажной трубки к резиновому медицинскому баллончику по Кимбаровскому М.А. Вакуум способствует более надежному опорожнению подпеченочного пространства от крови и экссудата, сближению раневых и десерозированных поверхностей с окружающими органами и более быстрому их слипанию, а, следовательно, и заживлению. В этом аспекте аспирационное дренирование брюшной полости выполняет профилактические функции. В то же время появление обильного серозного или геморрагического отделяемого из брюшной полости, желчи или желудочно-кишечного содержимого своевременно сигнализирует о развивающемся послеоперационном осложнении. Для уточнения характера отделяемого его можно подвергнуть лабораторному исследованию, например, на содержание амилазы. В этом плане аспирационное дренирование выполняет функцию метода ранней диагностики послеоперационных осложнений. Одновременно активная аспирация содержимого из подпеченочного пространства является важным лечебным мероприятием, так как предупреждает распространение очага катастрофы. Метод прост, надежен, эффективен и безопасен. При необходимости аспирационное дренирование легко перестроить на аспирационно-проточное. На 13 резекций желудка, выполненных по поводу низких дуоденальных язв, и 88 резекций желудка по методам Бильрот-1 и Бильрот-2 не было ни одного случая несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза; в 2-х случаях был своевременно диагностирован и купирован послеоперационный панкреатит и в одном при повреждении задней стенки ДПК при наложении анастомоза по Бильрот-1 с помощью проточно-аспирационного дренирования области повреждения удалось добиться излечения больного в течение 3-х недель.

Г.Е.Соколович, Г.Ц.Дамбаев, Е.Г.Соколович. Профилактика несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по поводу низко расположенных язв двенадцатиперстной кишки // 8-ой Всероссийский съезд хирургов 21-23 сентября 1995 г.: Тез. докл. - Краснодар, 1995.- С. 267-268.