

Проф. И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ХИРУРГА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШВОВ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИ- ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Для закрытия культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу дуоденальной язвы имеется много способов: ушивание культи с образованием улитки, рассечение двенадцатиперстной кишки, выслаивание слизистой в дистальном направлении с последующим ушиванием слизистой и краев рассеченной кишки (Сапожков), демукотизаций и т. д. Однако ни один из них не гарантирует от расхождения швов и развития перитонита, от которого чаще всего такие больные и погибают.

Значительно реже недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки наблюдается после резекции желудка по поводу рака. Это осложнение чаще всего встречается у тех больных, у которых раковая опухоль с желудка переходит на начальную часть двенадцатиперстной кишки.

Нами двум больным была произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и третьему больному по поводу рака желудка. У всех больных начальная часть двенадцатиперстной кишки была отделена от поджелудочной железы, культи ее закрыта трехэтажным швом и укреплена полоской сальника на ножке. У больных с дуоденальными язвами осложнение развилось на шестой день и у третьего больного — на седьмой день после операции.

Клиническая картина осложнения проявилась внезапно в виде острых болей в области правого подреберья, напряжения брюшных мышц, положительного симптома Щеткина, перкуторно укорочения звука и резкого ухудшения общего состояния больных. Для уточнения диагностики была сделана пробная пункция брюшной полости соответственно расположению культи двенадцатиперстной кишки. При пункции мы получали мутноватую жидкость.

После диагностирования осложнения больные немедленно оперировались. Под местной анестезией разрезом параллельно правой реберной дуге вскрывалась брюшная полость и производилась ревизия. У всех больных перитонит носил ограниченный характер и занимал область правого подреберья. После отсасывания жидкости к культе двенадцатиперстной кишки подводились марлевые тампоны, смоченные в теплом физиологическом растворе хлористого натрия. Рана частично закрывалась.

Больным в послеоперационном периоде переливалась кровь, производились внутривенные капельные вливания физиологического раствора хлористого натрия и глюкозы, проводилась пенициллинотерапия и другие лечебные мероприятия. Одному больному после извлечения тампонов к культе двенадцатиперстной кишки была подведена резиновая трубка, через которую каждые три часа вводился раствор пенициллина в следующем разведении: пенициллина 1000000 ME, дистиллированной воды 100 мл. Все больные благополучно перенесли операцию и выписались в хорошем состоянии.

Анализируя приведенные наблюдения, считаем необходимым отметить, что при решении вопроса об оказании помощи этим больным мы исходили из тактики хирурга при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Как при прободной язве, так и при недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки причиной развития перитонита является излияние содержимого кишки в свободную брюшную полость. Вполне естественно, что и характер хирургической помощи в обоих случаях должен быть одинаков.

Операцию всегда удается произвести под местной анестезией. Что же касается разреза, то при недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки лучше пользоваться разрезом параллельно правой реберной дуге. В послеоперационном периоде больным необходимо производить переливание крови, внутривенным способом вводить физиологический раствор хлористого натрия и глюкозы, провести пенициллинотерапию и другие лечебные мероприятия. При питании больных после операции должен учитываться срок первой операции.
