

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ ОШИБОЧНО НАЛОЖЕННОМ ГАСТРОИЛЕОАНАСТОМОЗЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Доцент В. М. Величенко

Из клиники госпитальной хирургии (зав. — проф. И. Б. Олешкевич)
Витебского медицинского института

Как видно из литературы (М. М. Левин, 1938; Т. П. Бельская и А. С. Пипко, 1960, и др.), встречаются еще случаи, когда после резекции желудка для анастомоза вместо тощей случайно используется подвздошная кишка.

Мы наблюдали одного больного с таким анастомозом, которому вместо дагастроэнтеростомии мы применили более простую операцию — илеоюнопластику.

Больной В., 30 лет, поступил в клинику госпитальной хирургии 28/IV 1960 г. с жалобами на боли в верхней части живота, усилившиеся спустя 1½—2 часа после приема пищи, вздутие живота, истощение, поносы. Болен около 3 лет язвенной болезнью желудка. В октябре 1959 г. в районной больнице произведена резекция желудка по поводу стеноза привратника. Операцию больной перенес хорошо, однако вскоре после операции появился частый жидкий стул. В течение 6 месяцев лечился у терапевтов, но эффекта не было; явления гастроэнтерита и истощения нарастали.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Резкое истощение. Мышцы атрофичные, тонус пониженный. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, перкуторно — легочный звук. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Пульс ритмичный, 76 ударов в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Органы пищеварения: боли и чувство полноты в подложечной области. Язык влажный, обложен. По средней линии живота от мечевидного отростка до пупка проходил операционный рубец. Живот впалый, мягкий, при пальпации болезненный несколько выше пупка. Печень и селезенка в норме. Частый жидкий стул. Мочеполовая система без патологии. В психической сфере наблюдалась заторможенность, на вопросы отвечал правильно, но очень медленно.

Анализ желудочного сока: общая кислотность 6, свободная 0. Анализ крови: Нб 73%, эр. 4 400 000, л. 5000, с. 47%, п. 8%, лимф. 42%, мон. 3%; РОЭ 2 мм в час. Белок крови 6,74%, альбуминов 4,89%, глобулинов 1,89%, остаточный азот 30 мг%, сахар крови 88 мг%. Реакция Вассермана отрицательная. Исследования кала на перевариваемость пищи: обнаружили в большом количестве крахмальные зерна, мышечные волокна, жир. Анализ мочи в норме.

Произведенное ранее в терапевтической клинике рентгенологическое исследование показало отсутствие патологических изменений в легких и сердце, пищевод свободно проходим, желудок по форме соответствовал резецированному. Эвакуация пищи наступила с первых глотков бария и протекала через анастомоз замедленно. Отмечалась болезненность при пальпации в эпигастральной области. Рентгенологическое заключение: оперированный желудок, перигастрит.

В связи с тем что после операции у больного прогрессировало истощение, несмотря на удовлетворительный аппетит и хорошую эвакуацию пищи из желудка в кишечник, и был частый жидкий стул, а в кале обнаружили в большом количестве крахмальные зерна, непереваренные мышечные волокна и жир, не возникало сомнений в наличии у него ошибочно наложенного анастомоза между желудком и подвздошной кишкой.

3/V 1960 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена операция. Иссечен послеоперационный рубец. Верхним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При осмотре желудка и кишечника установлено: желудок после частичной резекции, анастомоз с подвздошной кишкой наложен в 30 см от илеоцекального угла. Подвздошная кишка, анастомозирующая с желудком, пересечена отступя от анастомоза на 10—15 см в приводящем и отводящем направлении. Тошая кишка на расстоянии 15 см от связки Трейца также пересечена и оба ее конца изоперистальтически анастомозированы: конец в конец с отрезком подвздошной кишки, образующей соустье с желудком. Непрерывность подвздошной кишки восстановлена анастомозом: конец в конец. Швы в области анастомозов наложены по способу Матешука с дополнительными редкими серо-серозными швами. В брюшную полость введено 300 000 ЕД пенициллина и 500 000 ЕД стрептомицина в растворе. Произведено послойное зашивание брюшной полости. Наложена асептическая повязка. Во время операции внутривенно капельно перелито 500 мл консервированной крови, 250 мл 5% раствора глюкозы и 250 мл физиологического раствора поваренной соли.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта установлено: пищевод свободно проходим, желудок после резекции натощак содержал незначительное количество жидкости. Эвакуация содержимого желудка в тонкий кишечник происходила медленно, отдельными порциями. Через 24 часа определяется в основном заполнение контрастным веществом толстого кишечника, в тонком кишечнике — следы контраста.

Большую роль в лечении больного сыграло парентеральное питание; в течение месяца ему перелито 2,5 л консервированной крови и 9 л гидролизина.

3/V 1960 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Анализ нашего наблюдения дает возможность высказать некоторые замечания.

Отсутствие эффекта от резекции желудка (продолжающееся истощение при хорошей эвакуаторной способности желудка, частый жидкий стул) является основанием для того, чтобы предполагать ошибочный выбор петли подвздошной кишки для анастомоза с желудком. Исследование кала на наличие непереваренных частей пищи подтверждает данное предположение. Если имеются какие-либо сомнения в диагнозе, следует произвести рентгенологическое исследование, которое показывает хорошую проходимость желудочно-кишечного анастомоза и быстрое попадание контрастного вещества в толстый кишечник; введение контрастного вещества в толстый кишечник (при помощи клизмы) в некоторых случаях позволяет установить попадание контрастного вещества в желудок.

Установление диагноза ошибочно наложенного желудочно-кишечного анастомоза не представляет трудности. Однако излишняя уверенность некоторых хирургов в правильности сделанной операции приводит к тому, что при явно выраженных диспепсических расстройствах проверка наложенного желудочно-кишечного соустья не производится; устанавливают болезнь оперированного желудка и больных направляют на терапевтическое лечение; только вскрытие показывает ошибку, сделанную при операции.

Мы считаем, что для ослабленных больных дегастростомия является крайне тяжелой операцией, поэтому в некоторых случаях мы применяли илеоеюнопластику. Но при такой операции пища частично попадает в приводящую петлю тощей кишки и возникает атония желудка.

Поэтому мы рекомендуем более простую реконструктивную операцию. Суть ее заключается в следующем: участок подвздошной кишки, анастомозирующей с оставшейся после резекции частью желудка, выделяется и резецируется; при этом приводящий конец выделенного участка кишки ушивается наглухо, а отводящий включается в начальный отдел тощей кишки по типу V-образного анастомоза. Непрерывность подвздошной кишки восстанавливается анастомозом: конец в конец. Таким образом, вместо сравнительно сложной операции — дегастростомии — мы предлагаем илеоеюнопластику всего с двумя кишечными анастомозами, которая, с нашей точки зрения, совершенно безопасна для больного.
