

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

Профессор В. М. Величенко

Клиника общей хирургии (зав.— проф. В. М. Величенко)
Витебского медицинского института

И. Кирикуцэ и В. Урбанович сообщили о трех клинических наблюдениях инверсии двенадцатиперстной кишки, произведенной послегастрэктомии. В СССР эту операцию разработал в эксперименте и применил у 12 больных А. М. Бетанелли. А. М. Бетанелли, И. Кирикуцэ и В. Урбанович получили положительные результаты, тогда как В. Ф. Сениото-

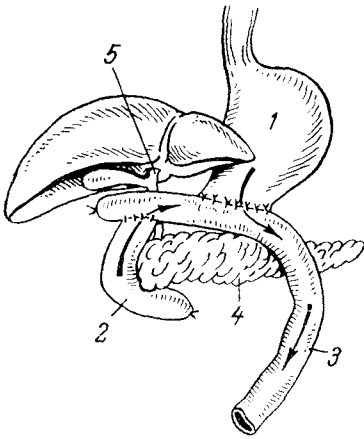


Рис. 1. Схема операции.
1 — желудок; 2 — двенадцатиперстная кишка; 3 — тощая кишка; 4 — поджелудочная железа; 5 — холедох.



Рис. 2. Больной П., 50 лет. Рентгенограмма желудка через 1 месяц 20 дней после реконструктивной операции.

вич и М. В. Попович на основании экспериментальных исследований данной операции высказались о ней отрицательно.

Учитывая, что описания аналогичной выполненной нами операции в литературе мы не встретили, а возможность ее применения в некоторых сложных ситуациях не исключена, считаем целесообразным сообщить краткие сведения о нашем наблюдении.

Больной П., 50 лет, страдает язвенной болезнью желудка с 1947 г. В 1953 г. ему произведена операция гастроэнтероанастомоза. В 1967 и 1968 гг. лечился по поводу дуоденального кровотечения.

1/III 1970 г. при поступлении в клинику жаловался на изжогу, частую рвоту с примесью желчи, сильные боли, отдающие в поясницу, запоры. Кожа и видимые слизистые несколько бледны. Пульс — 75 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, артериальное давление — 135/70 мм рт. ст. В легких — везикулярное дыхание. При осмотре живота в эпигастриальной области имеется послеоперационный рубец около 12 см по средней линии. Анализ желудочного сока: общая кислотность — 50—72, свободная — 42—48; лейкоцитов — 5—6 в поле зрения; дрожжевые грибки в значительном количестве. Рентгеноскопия грудной клетки и желудка: органы грудной клетки без видимых патологических изменений, пищевод не изменен, желудок нормотоничен, с гладкими контурами, обычной формы и положения, в средней трети желудка на задней стенке имеется анастомоз; рельеф слизистой желудка не изменен, перисталь-

тика живая; эвакуация протекает замедленно через анастомоз; антральный отдел желудка конусовидно сужен, эвакуации через него не наблюдается; смещаемость желудка ограничена; отводящая петля тонкой кишки деформирована, в проекции ее пальпация чувствительна. Через 24 часа определяются следы бария в желудке, заполнены дистальные отделы тонкой кишки, слепая, восходящая и поперечная ободочная кишки. Заключение: органический стеноз привратника; задний гастроэнтероанастомоз.

1/IV больной оперирован под эндотрахеальным эфирным наркозом с миорелаксантами. Верхним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. Дистальная часть желудка в спайках, которые рассечены. Задняя стенка желудка и область гастроэнтероанастомоза образуют больших размеров твердый инфильтрат, распространяющийся к корню брыжейки. С большим трудом от инфильтрата отделена брыжейка поперечной ободочной кишки и сама поперечная ободочная кишка. Так как воспалительный инфильтрат и зона гастроэнтероанастомоза распространяются на область крупных сосудов, решено мобилизацию тощей кишки (в области анастомоза) производить открытым способом: на желудок в месте анастомоза наложен зажим, и он отсечен от анастомозируемой кишки, тощая кишка отсечена от места анастомоза. Патологически измененные участки кишки, образовавшие анастомоз, иссечены и края проксимальной части дуоденум мобилизованы острым путем на небольшом расстоянии. Наложение соустья с этим участком кишки технически весьма рискованно, поэтому кишка ушита наглухо шелковыми швами (по типу «улитки»). Конец тощей кишки ушит наглухо и проведен через «окно» в брыжейке поперечной ободочной кишки. Резецировано $\frac{2}{3}$ желудка. Наложен анастомоз конец двенадцатиперстной кишки в бок начального отдела тощей кишки и далее анастомоз между оставшейся частью желудка в бок тощей кишки (рис. 1). «Окно» в поперечной ободочной кишке подшито к области анастомоза желудка с тощей кишкой. В брюшную полость введены антибиотики и поставлена резиновая трубка для последующего введения их. Швы на рану, асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Патогистологическое заключение: хронический гипертрофический гастрит; гнойный перигастрит; картина острого язвенного энтерита; стенка желудка с некротизированной слизистой и очагами гнойного расплавления.

15/IV больной выписан в хорошем состоянии. Осмотрен в июне 1971 г. Жалоб не предъявляет, прибавил в весе, трудоспособен (рис. 2).

Итак, включение антиперистальтирующей двенадцатиперстной кишки в пассаж пищеварения (закрытой с аборальной стороны и опоражнивающейся через оральный конец) не привело к нарушению моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

Бетанели А. М. Хирургия, 12, 1960.— Кирикуцз И., Урбанович В. Хирургия, 8, 1958.— Сениотович В. Ф., Попович М. В. Хирургия, 7, 1960.