

Эффективность реконструктивных вмешательств при несостоятельности швов желудка и двенадцатиперстной кишки

В.И. Белоконов, И.В. Харин

Кафедра хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г.Самара, РФ

В работе представлены результаты лечения 73 пациентов с несостоятельностью швов, развившейся после операций по поводу осложнений язвенной болезни. При несостоятельности швов после ушивания язвы операцией выбора считали резекцию желудка, а при несостоятельности гастродуоденоанастомоза – реконструктивную ререзекцию по Бильрот-II в модификации Бальфура или Ру. Ушивание проводили при небольшом диаметре дефекта и у наиболее тяжёлых пациентов с нестабильной гемодинамикой.

При ушивании несостоятельности, из 17 пациентов умерли 11 (65%), при гастродуоденостомии из 13 – 10 (77%), при резекции желудка из 16 – 12 (75%), ререзекции по Бильрот-II из 25 – 12 (48%). Основной причиной смерти пациентов, перенёвших ререзекцию желудка по Бильрот-II, была несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (ДПК). Данное осложнение возникло у 1/3 пациентов с ушитой наглухо дуоденальной культёй. Умерли 13 (43%) из 30 пациентов, оперированных в реактивную стадию перитонита, 25 (71%) из 35 – в стадию энтеральной недостаточности, 7 (88%) из 8 – в стадию бактериального шока и полиорганной недостаточности (ПОН).

Анализ результатов показал, что реконструктивная резекция и ререзекция желудка дают наилучшие результаты в реактивную стадию перитонита, выполнение радикальных вмешательств в стадию бактериального шока и ПОН малоперспективно. Для профилактики несостоятельности «трудной» культи ДПК при ререзекции желудка по Бильрот-II в условиях перитонита показано формирование дуоденостомы.

Ключевые слова: несостоятельность швов, резекция желудка, ререзекция желудка

Актуальность. Несостоятельность швов – тяжелейшее осложнение операций на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК). Летальность при несостоятельности швов составляет от 43,1% до 66,7%, определяя показатели смертности от осложнений язвенной болезни в целом [1,2]. Операции при несостоятельности швов направлены, в первую очередь, на устранение причины перитонита. Выбор оперативного пособия зависит от диаметра дефекта линии швов и состояния тканей в брюшной полости. При небольших дефектах и минимальных изменениях стенки органов возможно наложение дополнительных герметизирующих швов [3,4]. Более сложная ситуация возникает, когда на фоне перитонита и выраженной отёчности тканей надёжно ушить дефект не представляется возможным. Д.М. Красильников и соавторы (2013) рекомендуют в таких случаях выполнять реконструктивную резекцию (при несостоятельности ушитой язвы) и ререзекцию желудка при несостоятельности гастродуоденоанастомоза (ГДА)

[7]. Н.Н. Каншин (2004), напротив, считает, что выполнение ререзекции желудка при несостоятельности ГДА возможно только в редких случаях при условии ранней релапаротомии, и отдаёт предпочтение дренирующим операциям [5].

Известны различные методики реконструктивной резекции и ререзекции желудка [5-7]. Однако в литературе нет чётких критериев, определяющих возможность выполнения реконструктивных вмешательств при несостоятельности швов желудка и ДПК.

Цель исследования – оценить результаты повторных вмешательств разного объёма у больных с несостоятельностью швов желудка, ДПК и анастомозов после операций, выполненных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 73 пациентов, у которых после операций,



выполненных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК, развилась несостоятельность швов. Мужчин было 50 (69%), женщин – 23 (31%). Возраст пациентов колебался от 25 до 88 лет (средний возраст составил 57,6 года). Стадию перитонита, развившегося в результате несостоятельности швов, определяли согласно классификации В.Н. Чернова и Б.М. Белика (2002) с помощью интраоперационных критериев, разработанных Л.Б. Гинзбургом (2009) [8,9].

Все пациенты, включённые в исследование, были оперированы повторно. При установлении показаний к релапаротомии использовали классификацию свищей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) В.И. Белоконова и Е.П. Измайлова (2005) [10]. При появлении клинической картины перитонита (свищ I типа) пациента оперировали в экстренном порядке. При упорной послеоперационной лихорадке, нарастающей интоксикации, длительно неразрешающемся парезе кишечника пациента дополнительно обследовали. При обнаружении абсцесса брюшной полости предполагали наличие свища II типа и назначали релапаротомию после проведения предоперационной подготовки в полном объёме. Если же несостоятельность швов манифестировала только выделением жёлчи по дренажу (свищ III типа), тактика определялась в зависимости от изолированности свищевого хода от свободной брюшной полости, а также объёма и динамики свищевых потерь. Наличие свища и его тип устанавливали с помощью ультрасонографии, контрастной рентгенографии, компьютерной томографии и пробы с водоразводимыми красителями. В ходе релапаротомии придерживались следующей тактики. При несостоятельности швов после ушивания язвы операцией выбора считали резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура или Ру. Стволовую ваготомию с пилоропластикой по Финнею применяли в качестве альтернативы резекции желудка, как менее продолжительное и менее травматичное вмешательство. Гастродуоденостомию через несостоятельные швы выполняли с целью перевода свища I типа в управляемый свищ III типа. Ушивание несостоятельности проводили либо в случае небольшого её диаметра и удовлетворительного состояния тканей по линии швов, либо у наиболее тяжёлых пациентов с нестабильной гемодинамикой, когда продолжительность и объём операции имели решающее значение. При несостоятельности гастродуоденоанастомоза (ГДА) после резекции желудка по Бильрот-I, выполняли реконструктивную ререзекцию по Бильрот-II в модификации Бальфура или Ру. Ушивание культи ДПК проводили на слепом или сквозном дренаже (дуоденостомия) с целью профилактики её несостоятельности.

Результаты и их обсуждение. Несостоятельность швов после ушивания перфоративной язвы наблюдали у 18 пациентов, после ваготомии с пилоропластикой – у 11, несостоятельность ГДА после

резекции по Бильрот-I – у 38, гастроэнтероанастомоза (ГЭА) после резекции по Бильрот-II – у 6. При релапаротомии у 45 пациентов обнаружен разлитой перитонит, у 18 – местный неограниченный перитонит, у 11 – абсцесс брюшной полости. Реактивная стадия перитонита была у 34 пациентов, стадия энтеральной недостаточности – у 23, стадия бактериального шока и полиорганной недостаточности (ПОН) – у 6 больных.

Из 18 пациентов с несостоятельностью ушитой перфоративной язвы резекция желудка выполнена у 10 (по Бильрот-I – у 1; по Бальфуру – у 4, по Ру – у 2, по Гофмейстеру-Финстереру – у 3), ваготомию с пилоропластикой по Финнею – у 2 пациентов. Ушивание несостоятельности с укреплением линии швов прядью большого сальника на ножке произведено у 4 пациентов. Из 18 больных умерли 11 (61%).

Из 11 пациентов с несостоятельностью пилоропластики умерли 10 (91%). Выздоровление наступило только у 1 пациента, которому выполнена реконструктивная резекция желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура. Из 6 пациентов с несостоятельностью ГЭА умерли 5 (83%). Только у 1 больного из данной группы ушивание дефекта анастомоза было успешным.

Реконструктивная ререзекция желудка по Бильрот-II была выполнена 24 пациентам с несостоятельностью ГДА после резекции желудка по Бильрот-I. В этой группе умерли 11 (46%) пациентов, у 5 из них в послеоперационном периоде развилась несостоятельность культи ДПК, у 1 – несостоятельность ГЭА, у 1 больного развился тотальный геморрагический панкреонекроз. У 4 пациентов непосредственной причиной смерти была тяжёлая пневмония. У 15 пациентов во время реконструктивной ререзекции желудка по Бильрот-II культи ДПК была ушита наглухо, у 5 (1/3) из них послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, что и послужило причиной их смерти. У остальных 10 пациентов реконструктивная операция была дополнена различными способами дуоденостомии. Среди них у 1 пациентки развился некроз стенки ДПК, приведший к негерметичности дуоденостомы, однако осложнение было своевременно распознано и устранено. Результаты оперативного лечения пациентов с несостоятельностью швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложнений язвенной болезни представлены в таблице 1.

Из таблицы следует, что летальность при выполнении резекции желудка у пациентов с несостоятельностью ушитой язвы выше, чем при ушивании свища или гастродуоденостомии. Однако, учитывая небольшое число наблюдений, можно усомниться в достоверности этих различий. В то же время, реконструктивная ререзекция по Бильрот-II при несостоятельности ГДА даёт заметно лучшие результаты,

**ТАБЛИЦА 1. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШВОВ ЖЕЛУДКА, ДПК И АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ
ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Объём повторной операции Вид несостоятельности швов	Ушивание несостоятельности	Гастро/дуоденостомия	Резекция желудка	Реконструктивная ререзекция желудка	Ваготомия с пилоропластикой по Финнею	Всего
Ушитая язва	4 (2)	2 (2)	10 (7)	-	2 (0)	18 (11)
Пилоропластика	4 (4)	1 (1)	6 (5)	-	-	11 (10)
ГДА	6 (3)	8 (5)	-	24 (11)	-	38 (19)
ГЭА	3 (2)	2 (2)	-	1 (1)	-	6 (5)
Итого:	17 (11)	13 (10)	16 (12)	25 (12)	2 (0)	73 (45)

Примечание: в скобках указано число умерших пациентов

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШВОВ ЖЕЛУДКА, ДПК И АНАСТОМОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПЕРИТОНИТА

Объём вмешательства	Стадия перитонита			Всего	Умерли	
	Реактивная	Энтеральной недостаточности	Бактериального шока и ПОН		Абс.	%
Ушивание	6 (3)	8 (6)	3 (2)	17	11	65
Гастро/дуоденостомия	1 (0)	10 (8)	2 (2)	13	10	77
Ваготомия с пилоропластикой	2 (0)	-	-	2	0	0
Резекция желудка	9 (5)	6 (6)	1 (1)	16	12	75
Реконструктивная ререзекция желудка	12 (5)	11 (5)	2 (2)	25	12	48
Итого	30	35	8	73	45	62
Умерли	Абс.	13	25	7	45	
	%	43	71	88	62	

Примечание: в скобках указано число умерших пациентов

чем ушивание и гастродуоденостомия. При оценке эффективности различных способов оперативного лечения нельзя забывать о неоднородности сравниваемых групп. Так вмешательства, выполненные в ближайшие часы после манифестации несостоятельности, были успешнее, чем релапаротомии, предпринятые на 3 сутки с начала развития перитонита, при торпидной клинике у тяжёлых пациентов. Результаты повторных операций с учётом стадии перитонита, на фоне которых они были выполнены, приведены в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что наилучшие результаты получены при выполнении операций в реактивную стадию перитонита. Среди пациентов, оперированных в стадию бактериального шока и ПОН, летальность вдвое выше.

Таким образом, резекция желудка является операцией выбора при развитии несостоятельности швов после ушивания язвы. При несостоятельности ГДА после резекции желудка по Бильрот-I показана реконструктивная ререзекция желудка по Бильрот-II. Данные вмешательства дают хорошие результаты при выполнении в реактивную фазу перитонита. При несостоятельности швов с перитонитом в стадию бактериального шока и ПОН послеоперационная летальность стабильно высока при любых вмешательствах, составляя в среднем 88%. Наиболее опасным осложнением после реконструктивной ререзекции желудка по Бильрот-II является несостоятельность культи ДПК. Профилактика её заключается в обеспечении адекватного внутреннего и наружного дренирования ДПК. Это достигается путём зондовой декомпрессии желудка и приводящей петли,



наложения межкишечного анастомоза по Брауну, холецистостомии и формирования дуоденостомы при трудностях закрытия дуоденальной культи [11]. В условиях перитонита и отёчных тканей обеспечить герметичность культи ДПК довольно сложно, поэтому формирование дуоденостомы при реконструктивных вмешательствах позволяет снизить риск повторных осложнений [12]. Немаловажное значение имеет применение в послеоперационном периоде препаратов, подавляющих желудочную и панкреатическую секрецию [13,14].

ВЫВОДЫ:

1. Резекция желудка является операцией выбора при несостоятельности швов после ушивания перфоративной язвы.
2. При несостоятельности ГДА после резекции желудка по Бильрот-I показана реконструктивная ререзекция желудка по Бильрот-II.
3. Реконструктивная резекция и ререзекция желудка дают наилучшие результаты в реактивную стадию перитонита, выполнение радикальных вмешательств в стадию бактериального шока и ПОН малоперспективно.
4. При выполнении реконструктивной ререзекции желудка по Бильрот-II в условиях перитонита для профилактики несостоятельности культи ДПК показано формирование дуоденостомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красильников Д.М. Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Д.М.Красильников, И.И.Хайруллин, А.З.Фаррахов // Казань: «Медицина». - 2005. - 152с.
2. Бородин Н.А. Послеоперационные осложнения хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, пути снижения летальности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А.Бородин. - Тюмень. - 2008. - 43с.
3. Красильников Д.М. Диагностика и комплексное лечение несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Д.М.Красильников, М.М.Мишуллин, Я.Ю.Николаев // Креативная хирургия и онкология. - 2012. - № 3. - С. 49-55.

4. Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов / Н.Н.Каншин. - М.: «Профиль». - 2004. - 64с.
5. Патент А61В17/00 Российская федерация / Способ оперативного лечения при несостоятельности гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по Бильрот-I // М.М.Миннигалиев, А.В.Пикуза: опублик. 10.07.2002, Бюл. №23.
6. Патент Российская федерация / Способ резекции и ререзекции желудка // Н.А.Бородин, Б.К.Гиберт: опублик. 10.09.2006 г., Бюл. №25.
7. Реконструктивные операции при urgentных осложнениях пептических язв / Е.Н.Касаткин, Т.П.Коршунова, Н.А.Никитин, О.И.Шемуранова // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Том XIV. - № 2. - С. 65-67.
8. Чернов В.Н. Классификация и принципы лечения острого гнойного перитонита / В.Н.Чернов, Б.М.Белик // Хирургия. Журнал имени И.П.Пирогова. - 2002. - № 4. - С. 52-56.
9. Гинзбург Л.Б. Профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью: дис. ... канд. мед. наук / Л.Б.Гинзбург. - Самара. - 2009. - 136с.
10. Белоконов В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И.Белоконов, Е.П.Измайлов. - Самара: ГП «Перспектива». - 2005. - 240с.
11. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи / Г.Н.Писаревский // Хирургия. Журнал имени И.И. Пирогова. - М. - 2011. - № 3. - С. 67-72.
12. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with «classical» stump closure (Nissen-Bsteh) / Y.K.Vashist, E.F.Yekebas, F.Gebauer, M.Tachezy // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2012;397(8): 1243-9.
13. Макаренко Т.П. Свищи желудочно-кишечного тракта / Т.П.Макаренко, А.В.Богданов М.: «Медицина». - 1986. - 144с.
14. Partial Gastrectomy / V.Kate, N.K.Maraju, A.Kate, M.Karthikeyan. - 2013. - 47p.



Summary

Efficiency of reconstructive operations in dehiscence of anastomotic sutures of stomach and duodenum

V.I. Belokonev, I.V. Kharin

Chair of surgical diseases №2 SBEI of HPE «Samara State Medical University», Samara, Russian Federation

The paper presents the results of treatment 73 patients with dehiscence of sutures that developed after surgery of complicated peptic ulcer disease. In dehiscence of suture after ulcer suturing the choice of surgery was considered resection of the stomach, and in insolvency of gastroduodenal anastomosis - reconstructive gastric resection by Billroth-II in modification by Balfour or Roux. Suturing was performed in a small diameter of the defect and in most severe patients with unstable hemodynamics.

In suturing of insolvency line from 17 patients died 11 (65%), at gastroduodenal stoma from 13 - 10 (77%), in gastric resection from 16 - 12 (75%), in resection by Billroth-II from 25 - 12 (48%). The main cause of death in patients who underwent gastric resection by Billroth-II was the failure of the stump of the duodenum. This complication occurred in 1/3 of patients with fully suturing of duodenal stump. From 30 patients 13 died (43%) operated in a reaction stage peritonitis, 25 (71%) from 35 - in stage of enteric insufficiency, 7 (88%) from 8 - in stage of bacterial shock and poly organic insufficiency.

Analysis of the results showed that gastric resection and re-resection gives the best results in the reactive stage of peritonitis, radical surgery in bacterial shock stage and POI is unpromising. To prevent insolvency of «difficult» duodenal stump in gastric re-resection by Billroth-II in stage of peritonitis duodenostomy is indicated.

Key words: dehiscence of sutures, gastric resection, gastric re-resection

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Белоконев Владимир Иванович – заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ГБОУ ВПО СамГМУ;
Россия, г. Самара, ул. Алексея Толстого, д. 76, кв. 13
E-mail: nbelokoneva@yandex.ru