

УДК 616.342.-089.87/06-084

**ПРИЧИНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ КУЛЬТЫ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II**

**¹Томнюк Н.Д., ²Рябков И.А., ¹Данилина Е.П., ³Ховалыг В.С., ¹Здитоветский Д.Э.,
¹Кембель В.Р., ¹Борисов Р.Н.**

¹ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет
имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru;
²КБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи
имени Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: kmkbsmp@g-service.ru;
³ГБУЗ РТ «Ресбольница № 1», Кызыл, e-mail: Hospital60@mail.ru

В статье рассмотрены причины развития несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) после резекции желудка по Бильрот II. Результаты исследования основаны на анализе 1022 клинических случаев: 848 (83%) пациентам выполнена резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстер-Финстера, 174 (17%) случаев в модификации по Бальфуру, Ру, Поль-Райхель, Дыхно. Развитие несостоятельности швов культи ДПК зависело от характера и локализации язвы, способа ушивания культи, срочности операции, возраста пациента и характера сопутствующей патологии.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, резекция желудка, несостоятельность

**CAUSE SUTURE FAILURE CULTS DUODENAL AFTER STOMACH RESECTION
BILLROTH II, THEIR DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION**

**¹Tomnyuk N.D., ²Ryabkov I.A., ¹Danilina E.P., ³Hovalyg V.S., ¹Zditovetsky D.E.,
¹Kembel V.R., ¹Borisov R.N.**

¹Medical University «Krasnoyarsk State Medical University them. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky
Russian Ministry of Health», Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru;
²KBUZ «Krasnoyarsk Inter-District Hospital ambulance them N.S. Karpovich»,
Krasnoyarsk, e-mail: kmkbsmp@g-service.ru;
³GBUZ RT «Resbolnitsa № 1», Kyzyl, e-mail: Hospital60@mail.ru

The article discusses the causes of insolvency seams stump of the duodenum (duodenum) after gastrectomy Billroth II. The findings are based on an analysis of 1022 cases Cynic: 848 (83%) patients underwent gastrectomy Billroth II, modification Chamberlain-Finster, 174 (17%) cases in the modification of Balfour, Roux, Paul Reichel, Dykhne. Development Insolvency stump KDP joints dependent on the nature and location of the ulcer, the method of suturing the stump, the urgency of the operation, the patient's age and the nature of comorbidity.

Keywords: duodenal ulcer, gastric resection, insolvency

Известно, что радикальным методом лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является хирургический. Резекция желудка по Бильрот II в ее различных модификациях – одна из наиболее часто выполняемых во врачебной практике. Также известно, что несостоятельность швов культи ДПК является частым грозным осложнением раннего послеоперационного периода после этих операций. Согласно литературным данным, несостоятельность встречается от 0,9% до 18,8%, а летальность при развившемся перитоните – от 25,1% до 70% и более [1, 2, 5, 8].

Кажущиеся успехи в консервативном лечении язвенной болезни за последние десятилетия способствовали лишь значительному уменьшению плановых оперативных вмешательств у больных с хроническими язвами, что не отразилось на ее частоте

и осложнениях. К сожалению, переломного периода не наступило. По данным ряда авторов [6, 11, 14] в последнее время отмечен стремительный рост этих операций во всех возрастных группах и особенно у больных пожилого и преклонного возраста, но уже с осложненной язвенной болезнью (перфорация, пенетрация и другие). Увеличилась частота этих осложнений не только у больных при отсутствии язвенного анамнеза, но и у больных, которые «успешно» лечились в терапевтических отделениях [1, 8, 10].

Неблагоприятные результаты консервативного лечения, возрастающее количество осложнений язвенной болезни способствуют резкому увеличению экстренных операций, что в свою очередь приводит к росту ранних послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельности швов культи ДПК [4, 7, 12, 13].

В мировой литературе известно около 340 методов и приемов ушивания культи ДПК, но ни один из них не является надежным и универсальным.

Цель исследования: обосновать лечение и профилактику несостоятельности швов культи ДПК у больных с резекцией желудка.

Материалы и методы исследования

Проведен мультифакториальный анализ результатов 1022 операций – резекций желудка, проведенных на базах хирургических отделений Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича г. Красноярск и Республиканской больницы города Кызыла (Республика Тыва) за 2002-2014 гг. Это были больные с различными формами осложнений пилородуоденальных язв, которым выполнялись резекции желудка по Бильрот II в различных ее модификациях: по Гофмейстер-Финстереру – 848 (83%) случаев; Бальфуру, Ру, Польш-Райхель, Дыхно – 174 (17%) случая. В последние годы отданы предпочтения операциям резекции желудка по Ру и Бильрот I, как наиболее «физиологическим» и дающим меньшее количество осложнений в отдаленном периоде.

Характеристика больных: мужчин было – 676 (66,2%), женщин 346 (33,8%), их возраст составлял от 28 до 81 года. Основная часть больных госпитализирована по экстренным показаниям – 857 (83,8%) пациентов и лишь 165 (16,2%) – в плановом порядке. Язва желудка отмечена у 298 (29,2%); ДПК (пилородуоденальный отдел) – 724 (70,8%) больных. Несостоятельность швов культи ДПК имела место у 51 (5%) больных. Умерло 46 (4,5%) пациентов в раннем послеоперационном периоде от развившегося перитонита, а у 3 (6,5%) из них на фоне недостаточности швов был диагностирован инфаркт миокарда. В 5 (0,5%) случаях удалось несостоятельность перевести в свищевую форму и добиться выздоровления без хирургического вмешательства; 46 (4,5%) больным производились повторные экстренные операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Несостоятельность швов культи ДПК чаще имела место у больных с такими осложнениями как: пенетрация – 237 (23,2%) больных, умерло 14 (5,9%); после повторных ушиваний (деформация и стенозирование) – 104 (10,2%) случая, умерло 6 (5,8%); низкие, стенозирующие и каллезные язвы ДПК и антрального отдела желудка – 491 (48%), умерло 15 (3%); профузные кровотечения (неоднократные в анамнезе) – 122 (11,9%) случая, умерло 10 (8,2%); хронические (сuspиционные) язвы желудка, ДПК – 71 (6,9%) больных, умерло 1 (1,4%).

Хронические пенетрирующие каллезные язвы чаще отмечены в пожилом и старческом возрасте с длительным язвенным анамнезом – от 10 и более лет, в то время как кровотечения и перфорация ха-

рактерны для более молодого и среднего возраста.

Вероятность развития несостоятельности швов культи ДПК определяли не только такими факторами, как характер и локализация язвы, но и степень срочности операции, способ ушивания, возраст и сопутствующие заболевания больного (фон на котором производилась резекция желудка), а также время суток и квалификация хирурга. Эти факторы, на наш взгляд, имеют не только прогностическое значение, но и определяют условия заживления швов, выздоровления больного.

При анализе историй болезни (протоколов операций) мы попытались выделить те конкретные причины, которые повлияли на развитие такого грозного осложнения, как несостоятельность швов культи ДПК после резекции желудка.

Все причины условно можно разделить на две группы: это местные факторы, как основные непосредственно влияющие на исход операции, так и общие факторы, которые способствуют развитию осложнений.

К местным факторам, как наиболее часто вызывающим осложнения, мы относим чрезмерную мобилизацию культи ДПК при наличии рубцовой деформации и инфильтраты с нарушением кровообращения в стенке культи, натяжение ткани по линии шва, что является технической ошибкой, а также раздавливание тканей при аппаратном ушивании культи, нарушение эвакуации, аутолиз при повреждении поджелудочной железы и др. Эти нарушения явились причиной несостоятельности у 32 (3,1%) больных, в основном у пациентов с пенетрирующими, стенозирующими, каллезными язвами, локализовавшимися на задней стенке ДПК и на малой кривизне желудка, а также язвы от 2 и более см в диаметре.

К общим причинам, способствующим развитию осложнений, относили анемию, белковые и водно-электролитные нарушения, а также возраст пациентов (старше 60 лет), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (8 (0,8%) больных). В остальных 6 (0,6%) случаях – сочетание тех и других предрасполагающих факторов риска осложнений, хотя более все-таки перевес технических ошибок (операции производились в ночное время дежурными бригадами; и не всегда в полной мере учитывались возможности и объем оперативного вмешательства, их корректность).

Принято считать, что при ушивании культи ДПК требуется соблюдение механической и биологической герметизации

шва. Для этого необходимо сохранять жизнеспособность стенок кишки, четко определять уровень пересечения при ее мобилизации, предполагаемое количество «этажей» и видов применяемых кисетных швов, дренирование зоны культи, тщательный гемостаз и соблюдение асептики. Иногда следует воздержаться от наложения зажима на культю ДПК, учитывая работу на открытой культе. Вышеперечисленные мероприятия можно рассматривать и как профилактику несостоятельности швов в послеоперационном периоде.

Помимо метода собственно ушивания культи ДПК существует множество (больше 40) способов ее укрытия – перитонизации (сальником по Сену, обвивной шов по Мейо, Мельникову, Финстереру и др.), которые широко используются в хирургической практике.

Однако, как отмечает Н.А. Никитин [9] и др., перитонизация культи может способствовать не только заживлению и ограничению воспалительного процесса, уменьшению дефекта, но и послужить причиной полного расхождения шва.

Так по срокам развития несостоятельности: у 40 (3,9%) больного несостоятельность выявлена к концу 3-4 суток, у 7 (0,7%) больных – на 6-7 сутки и у 4 (0,4%) – на 9-12 сутки. По этим срокам косвенно можно судить о величине дефекта. Полная несостоятельность была у 21 (2%) больного, частичная – у 17 (1,6%), у 3 (0,3%) случаев отмечен некроз стенки кишки, у остальных – ограниченная «малая». На величину дефекта также указывало и количество отделяемого из свища.

В связи с тем, что возникают наибольшие трудности технического характера при ушивании дуоденальной культи, в целях профилактики несостоятельности и ряда других тяжелых осложнений, решающее значение имеет вопрос о признании язвы ДПК в некоторых случаях неудалимой, а резекцию желудка трудной и сложной. В этих случаях используются альтернативные варианты оперативного лечения. Резекция для выключения, резекция с экстериоризацией язвы, органосохраняющая операция (ваготомия + дренирующая операция), хотя окончательный выбор основывается на конкретной клинико-анатомической ситуации [2, 3, 6, 15].

Следует напомнить, что такие операции, как наложение гастроэнтероанастомоза, выключение по Дауну, Ейсбергу-Дауну, двухэтапная по Финстеру-ранее применяемые, в настоящее время утратили свою актуальность; не прошли испытание практикой.

Диагностика различных форм несостоятельности основывается на ряде клинических, лабораторных и инструментальных показателях. Важным для этого имеет значение подведение дренажа к зоне культи ДПК.

Клинически несостоятельность швов проявляется в 2-х вариантах. Первый: сильные боли в верхних отделах живота с нарастанием симптомов раздражения брюшины – развитие перитонита (21 (2%) случай); второй: появление кишечного содержимого на повязке в области дренажа на 3-5 день. Для убедительности через зонд (или нить) даем метиленовую синь (в редких случаях после 7 и более суток), разводим кожный шов и маточным зондом или эндоскопом выполняем ревизию брюшной полости (8 (0,8%) случаев).

При наличии несостоятельности швов и развития перитонита «шли» на экстренную релапаротомию (46 (4,5%) случаев). В 5 (0,5%) случаях течение было менее агрессивным – ограничилось образованием свища, который удалось «заживить» без хирургического вмешательства. Суть релапаротомии сводилась в основном к дренированию брюшной полости, ограничению воспалительного процесса. Попытки ушивания, дополнительной перитонизации, которые успехов не имели. Проводилась интенсивная консервативная терапия: постуральное положение больного, трубчатая диета, коррекция водно-электролитного и белкового обмена, антибиотики, препараты, блокирующие функцию поджелудочной железы. Эти мероприятия способствовали выздоровлению у 5 (0,5%) больных.

Заключение

Таким образом, причин несостоятельности швов ДПК после резекции желудка по Бильрот II, множество, как местных, так и общих и, следовательно, решение проблемы должно быть комплексным. Необходимо учитывать, в первую очередь, показания к резекции желудка, которые должны быть сугубо индивидуальными, патогенетически обоснованы; и выполняться ведущими хирургами. Не менее важно стремиться к упреждающему оперативному лечению больных с язвенной болезнью желудка и ДПК до развития осложнений.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 26–30.
2. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Комплексная профилактика несостоятельности швов культи ДПК // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 24–28.

3. Гостищев В.К., Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 2011. – № 5 – С. 56–60.
4. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки / Р.А. Григорян: – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 399 с.
5. Демко А.Е. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и ее профилактика // Неотложная хирургическая гастроэнтерология: рук. для врачей / под ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб.: Питер, 2001. – С. 308–310.
6. Кадир М.Г. Резекция желудка по Бильрот-I с однорядным швом при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 150 с.
7. Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов / Н.Н. Каншин. – М.: Профиль, 2004. – 64 с.
8. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века: Хирургия. – 2005. – N1. – С. 58-64 .
9. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни / Н.А. Никитин. – Киров: Вятка, 2002. – 215 с.
10. Писаревский Г.А. Методы ушивания культи ДПК // Хирургия. – 2011. – № 3. – С. 67–72.
11. Савельев В.В. Резекция желудка по Бильрот-II в модификации В.С. Савельева по поводу перфоративной язвы желудка / В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев // Материалы V Российского научного форума «Хирургия 2004». – С. 171–172.
12. Синенченко Г.И. Способ укрытия «грудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка / Г.И. Синенченко, М.И. Долгоруков, А.П. Михайлов, В.И. Кулагин, А.В. Пичуев, В.Н. Адаменко // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 37–41.
13. Тарасенко С.В. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, О.Д. Песков, А.А. Копейкин // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 29–32.
14. Шевченко Ю.Л. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.Л. Шевченко, А.А. Корзникова, Ю.М. Стойко, Б.Ш. Бадуров // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 18–23.
15. Alves J.B. Treatment of the postgastrectomy external duodenal fistula. Int Surg 2008; 49, 248-251.