Методы ушивания культи двенадцатиперстной кишки

К.м.н. Г.Н. ПИСАРЕВСКИЙ

Methods of the duodenal stump closure

G.N. PISAREVSKY

Кафедра общей хирургии (зав. — член-корр. РАМН В.А. Кубышкин) лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

Ключевые слова: резекция желудка, дуоденальная культя.

Key words: gastrectomy, duodenal ulcer.

Ушивание дуоденальной культи является одним из «основных» [23], «ключевых» [34], «серьезных» [72], «наиболее важных» [18] и «самых ответственных» [4] этапов резекции желудка (РЖ) по Бильрот-II. Появлению данной проблемы хирургия «обязана» Н.В. Экку (1882) [49], впервые предложившему, и Бильроту (1885) [53, 60], впервые выполнившему РЖ с выключением двенадцатиперстной кишки (ДПК). В литературе дается описание или указывается на существование от 45 до 200 [10, 26] методов и приемов ушивания «обычной» и «трудной» культи ДПК.

Развитие несостоятельности дуоденальной культи (НДК) является одним из наиболее тяжелых осложнений РЖ по Бильрот-II, результаты лечения которого весьма неутешительны. На основе анализа публикаций отечественных и иностранных авторов за более чем столетний период желудочной хирургии нам представляется интересным отразить ключевые моменты большинства разработанных положений и классификаций, касающихся различных сторон проблемы ушивания культи ДПК, а именно: этиологии НДК, путей профилактики НДК, способов ушивания культи ДПК в различных клинико-анатомических ситуациях, способов укрытия культи ДПК, клинико-анатомических форм НДК, их диагностики и лечения.

Развитие НДК относят к «наиболее опасному» [56], «самому тяжелому» [35] раннему специфическому послеоперационному осложнению РЖ по Бильрот-II (или гастрэктомии). Колебания показателей общей летальности при этом осложнении в начале XX века составляли 25—100% [16, 45], в середине XX века — 10—85% [66, 73], в конце XX века — 0—100% [6, 43]. При различных формах НДК колебания летальности при ранней, перитонеальной форме составляют 57,1—100% [1, 3], при поздней, свищевой форме — 0—100% [41, 76]. Колебания частоты НДК в разные периоды наблюдения: в начале XX века — 0—45,5% [62, 78], в середине XX века — 0—37,7% [2, 21], в конце XX века — 0—20% [47, 48]. После лапароскопических резекций желудка НДК не наблюдалась [64], имела место у 2,1% [75], 3,1% [46], 6,7% [39], 11,8% [37], 14,3% [52] больных.

Отмечаемое снижение частоты НДК можно объяснить такими причинами, как совершенствование техники РЖ и методических приемов ушивания культи ДПК, своевременная постановка показаний к оперативному лечению с уменьшением контингента больных с длительным и осложненным течением язвенной болезни (ЯБ), рака желудка, проведение полноценной и более эффективной предоперационной подготовки и организация послеоперационного ведения больных, внедрение современных сшивающих аппаратов и высококачественного шовного материала.

Вероятность развития НДК определяется такими факторами, как характер и локализация патологического процесса, своевременность, степень срочности и методика выполнения РЖ, способ ушивания культи, общее состояние больного. Данные факторы определяют условия формирования и последующего заживления культи ДПК. Конкретные причины развития НДК наиболее часто разделяют на две большие группы — местные и общие. Местные причины НДК целесообразно разделить на 5 подгрупп:

— нарушение кровообращения в культе ДПК за счет патологических изменений в ее стенке, чрезмерной мобилизации и интраоперационной травмы, повреждения снабжающих кровью сосудов, излишнего натяжения тканей по линии швов и пр.;

— развитие инфекционно-воспалительного процесса в зоне культи в результате образования замкнутой полости в культе, нарушения асептики, инфицирования со стороны язвы и пересекаемых лимфатических протоков, отсутствия тщательного гемостаза и пр.;

— аутолитическое воздействие на культю вследствие травмы поджелудочной железы и ее протоков, нарушения оттока панкреатического секрета, нарушения кровоснабжения поджелудочной железы и пр.;

— технические ошибки и погрешности ручного и/или аппаратного ушивания культи;

© Г.Н. Писаревский, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 3: 67

e-mail: pisarevsky@mail.ru

— нарушения эвакуации из ДПК в послеоперационном периоде.

Значение местных факторов в развитии НДК хорошо иллюстрируется различиями в частоте НДК после РЖ по поводу заболеваний различного характера и локализации: при полипозе желудка — 0 [17, 27], при раке желудка — до 10,4% [20], при ЯБ желудка — до 2,9% [33], при ЯБ ДПК — до 5,8% [35], при удалении низких язв ДПК — до 23,5% [7], при удалении низких пенетрирующих язв ДПК — до 87,5% [30], при очень короткой культе с наличием инфильтрата — почти 100% [8]. При «легкой» культе частота НДК достигает 4% [79], а при «трудной» — более 10—20% [65]. Значение местных причин иллюстрируется также существенными различиями показателей общей частоты обнаружения «трудной» культи ДПК (при РЖ по поводу ЯБ) с частотой выявления «трудной» культи у больных с развившейся НДК — 5,6—72,6% [3, 11] и 41,7—100% [13, 38] соответственно.

К общим причинам НДК можно отнести анемию, гипопротеинемию, нарушения водно-электролитрого баланса и кислотно-щелочного состояния, гиповитаминоз, истощение, сахарный диабет, периоперационную системную гипотензию или гипертензию и др. Роль этой группы причин выходит на первый план при отсутствии затруднений в ушивании дуоденальной культи и подтверждается, в частности, широким диапазоном частоты возникновения НДК при раке желудка — от 0 (в большинстве наблюдений) до очень высоких показателей при распространенном опухолевом процессе. Значение кровопотери иллюстрируется увеличением частоты НДК после РЖ по поводу кровоточащих гигантских язв желудка до 13,3% и кровоточащих гигантских язв ДПК до 20% [47].

На основе различий в характере, локализации и степени тяжести патологических изменений в зоне ДПК выделяют понятия так называемых «легкой», «обычной» и «трудной», «сложной», «короткой» культи ДПК. К основным критериям определения культи ДПК как «легкой», можно отнести следующие:

— ДПК достаточно длинная, подвижная и не требует «никакой особенной мобилизации» [22, 54];

— возможность «хорошей» [35], «без затруднений» [29] мобилизации ДПК, «легкого выделения адекватной длины ДПК» [57], «обеспечения достаточной длины» культи ДПК [19];

— отсутствие или слабая выраженность патологических изменений со стороны ДПК [44];

— наличие собствено язвы желудка [69];

— локализация язвы ДПК в начальной части кишки [29], «в зоне пилоруса» [70], «около пилоруса» [59], «околопилорически» [67], «сразу за пилорусом» [61], «на приемлемом расстоянии от пилоруса» [74], «относительно близко к пилорическому кольцу» [57], «не очень далеко от пилоруса» [58];

— наличие «простой» [69], неосложненной [42], относительно поверхностной [58] язвы ДПК;

— размеры язвы ДПК «незначительные» [74], «маленькие» [57], «маленькие или средние» [69];

— наличие язвы передней стенки ДПК [63];

— наличие «достаточной» [77], «относительно интактной» [71] и «хорошо кровоснабжаемой» [77] задней стенки ДПК.

В связи с тем, что наибольшие технические трудности в ушивании дуоденальной культи возникают при ЯБ ДПК, в целях профилактики НДК, а также ряда других тяжелых осложнений РЖ решающее значение имеет вопрос о признании язвы ДПК «неудалимой», культи ДПК «трудной», а радикальной РЖ в этих ситуациях «сложной» [24], «опасной» [50], «рискованной» [15]. К основным критериям признания язвы ДПК неудалимой, а культи ДПК трудной следует отнести следующие группы патологоанатомических изменений:

— грубые инфильтративные воспалительно-рубцовые изменения тканей в зоне язвы ДПК;

— гигантские, низкие, множественные и осложненные (главным образом пенетрирующие и кровоточащие) язвы ДПК;

— изменения топографоанатомических взаимоотношений после ранее перенесенных операций ушивания перфоративной язвы, пилоропластики, формирования гастродуоденоанастомоза;

— топографоанатомические особенности ДПК и окружающих ее органов и структур.

При выявлении признаков невыполнимости «радикальной» РЖ можно выделить следующие альтернативные варианты оперативного лечения ЯБ ДПК:

— резекция с экстерриторизацией язвы, требующая соблюдения правил выведения язвенной ниши, мобилизации, пересечения и ушивания культи ДПК, адекватной санации и укрытия язвы;

— резекция на выключение язвы, требующая своевременного принятия решения о неудалимости язвы, выбора варианта выключения, демукозации пилорического канала, учета противопоказаний и возможных осложнений;

— органосохраняющая операция (ваготомия+дренирующая операция), которая производится с учетом показаний и противопоказаний, преимуществ и недостатков.

Окончательный выбор тактики оперативного лечения ЯБ ДПК, в том числе в свете профилактики НДК, основывается на конкретной клинико-анатомической ситуации.

Такие альтернативные варианты лечения ЯБ ДПК, как наложение гастроэнтероанастомоза, методики выключения по Doyen—Eiselsberg и Devine, выключение с помощью еюностомии, двухэтапная РЖ по Finsterer, сегментарная РЖ по Wangensteen, операции высокого выключения желудка, не прошли испытания практикой.

При ушивании культи ДПК необходимо достижение основных объективных параметров любого кишечного шва — механической и биологической герметичности. Для этого требуется обеспечение таких общих условий оптимального течения репаративной регенерации ушитой кишечной стенки, как сохранение ее жизнеспособности, правильность сопоставления слоев, асептичность ушивания, гемостатические свойства шва.

В процессе собственно выделения и формирования культи ДПК целесообразно соблюдение общих правил ушивания «легкой» и «трудной» дуоденальной культи. Для «легкой» культи эти правила охватывают вопросы границ мобилизации и уровня пересечения ДПК, количества этажей и видов применяемых для этого кишечных швов, способов укрытия культи, правил соблюдения асептики на данном этапе РЖ, необходимости дренирования зоны культи. При «трудной» культе ДПК возникает необходимость в более целенаправленном учете и тщательном соблюдении особенностей и приемов мобилизации ДПК, выборе способов профилактики повреждения желчевыводящих и панкреатических протоков, знании вариантов кровоснабжения ДПК. Кроме того, целесообразно отка-

заться от наложения зажима на культю, учитывать особенности работы на открытой культе, соблюдать дополнительные правила асептики, принципы пластического ушивания культи, особенности дренирования и зондирования.

Нами найдено описание около 340 методик и приемов ушивания культи ДПК, традиционно разделяемых на две большие группы — при «легкой» и «трудной» культе. Первую группу методов целесообразно разделить на 5 подгрупп:

а) «ручные» методы ушивания: Billroth, Bier, Doyen, Mikulicz-1, Kerr—Parker. Klapp, Voeckler, Федорова, Hofmann, Pauchet-1, Bircher—Каждана—Аминева-1, Hartmann, Ага, Moynihan, Мушкатина-Червенкова, Jacobovici-2, Shenstone, Lahey—Marshall-1, Мантрова, Alessandri, Дыхно-1, McNealy, Barreto, Наливкина, Fruchaud, Русанова-1, Michalis-1 и -2, Андреева, Гирдаладзе-1 и -2, Мамакеева, Халимова, Одишелашвили, Сараева-1 и -2;

б) «ручные» методы с отделением и перевязкой (ушиванием) внутреннего подслизисто-слизистого футляра: Сапежко, Pauchet-2, Delore—Brain, Hustinx, Gutierrez, Стекольникова, Cames, Скворцова, Баеват-1, Лозанова, Земляного, Саидханова;

в) отдельные приемы ушивания (погружения) дуоденальной культи: Martel, Matolay, Юдина, Горбашко;

г) методы клеевого закрытия культи: Халькина, Крыстинова, Мирашвили;

д) инструментальные и аппаратные методы:

— с помощью «направляющих» зондов: Мушкатина, Милькова;

— с помощью специальных зажимов: Doyen, Graser, Joseph-Braun, Ростовцева, Moskowicz, Donati, Furniss, Clute, Wendel, Stone, Tomoda, McClure, Холдина, Телкова, УКДК, УКДК-4, УДК-1, Ulrich, Комарова, Кривова, Бейшеналиева;

— с помощью сшивающих аппаратов: Hultl—Fischer, Hahn, Petz, Petz—Koegel, Ulrich—Friedrich, Sandor, Виттенбергера, УКБ-16 и -25, УБ-25 и -40, УКЛ-40 и -60, УО-40 и -60, УКСН-25Б, НЖКА, УТЛ-70 и -110, УТО-70, Бурцева, СУО-70, УУС-23, УС-30Б, СК-60, СЖК-60, УГ-70, УДО-20, -30, -38, -40 и -60, УЖО-100, СМТ-2 и -3, СБ-2 и -3, СТИ-1, СТИМ-27, Королькова, Бута—Баннова, TA-30, -45, -55 и -60, TA Premium, TA-90BN, TA Roticulator-30 и -55, Multifire Endo TA-30 и -60, AX-55, PLS, PLS RLX, FLS, GIA-60, SGIA, GIA-Premium, ILA-75, PLC-50, EZ45G, EZ45B, Endopath ELC-60, Multifire Endo GIA-30 и -60, Endo GIA Universal-30, -45 и -60, Endo Stitch.

Методы ушивания «трудной» культи ДПК целесообразно разделить на 4 подгруппы:

а) методы с иссечением язвы целесообразно разделить на 3 подгруппы:

— без выкраивания лоскута: Mikulicz-2, Mikulicz—Kausch, Kelling, Krogius, Cuneo, Richard, Салищева—Карташова, Мельникова, Голубева-1, Матешука—Василевского, Голубева-2, Грабченко-1, Charrier-1, Грабченко-2, Mandache, Jentzer-Dubas-1, Ginzburg-1, Телкова-1, Сабурова, Иванова, Boerema, Гутника-1, Костицина, Футоряна—Забазного, Коморовского—Башняка—Митюка—Годлевского—Костина, Etala;

— с выкраиванием лоскута(ов): Leriche—Delore, Pauchet-3, Philipowicz, Дыхно-2, Соколова, Morton—McGovern, Bamett, Гусарева—Синкевича-1, Yasargil, Jones, Кутузова-1, Кузькиной—Любых, Кучина—Савенкова;

— при низких (околососочковых) язвах: Bruning, Цеткина, Lahey—Marshall-2, Mazingarbe—Tronc, Рогаля, Арсова, Voelcker, Черноусова, Луцевича—Гибрадзе, Оноприева, Графова—Курочка-1 и -2;

б) методы с экстерриторизацией (выведением) язвы целесообразно разделить на 2 подгруппы:

— без выкраивания лоскута: Finsterer-3, Melchior, Nissen-l, Haberer, Коха, Montenegro, Leriche, Guleke, Holubec-1 и -2, Знаменского, Телкова-2, Сапожкова-1, Грабченко-3, Сенчило—Явербаума, Slattery, Мурашова, Масляка, Copello, Szabo-1, Гинтера, Романа, Холявко, Noller—Huss, Полупана—Шалимова-1 и -2, Романяка, Хараберюша, Благитко, Жерлова, Башняка, А.Н. Волкова, Чернобрового, Никитина, Глушкова, Синенченко;

— с выкраиванием лоскута(ов): Pauchet-4, Donati, O. Bsteh-1, Gohrbandt, Круглова, Юдина-1 и -2, Steinberg-1, R.R. Graham, Кривошеева—Рубашова, Steinberg-2, H.F. Graham, Голубева-3, Розанова, Пипиа, Charrier-2, Сапожкова-2, Юдина-3, Худяковой-1 и -2, Колесова-1 и -2, Jentzer—Dubas-2, Ginzburg-2, Bories—Azeau-1 и -2, Русанова-2, Значковского, Смеловского, Берестецкого, Зисмана, Шалимова, Мыша, Кекало-3, Навроцкого, Матяшина, Винниченко, Орфаниди, Соколович, Таранова;

в) методы с выключением дуоденальной язвы традиционно разделяются на 2 подгруппы:

— подпривратниковые варианты: Finsterer-1, Clute, Wangensteen-1, Кузнецова, Ladwig, Monteiro, Uebermuth, Bentley, Дымниковой, Baker-2, Nissen-2, Оглоблина, F. Bsteh-1 и -2, Гусарева—Синкевича-2, Chiricuta, Гутника-2, Маняка, Мухина, Szabo-2, O. Bsteh-2, Кутузова-3, -4 и -5, Полупана—Шалимова-3, Зайцева, Горбашко, Муслимова, Андреева;

— надпривратниковые варианты: Finsterer-2, Willmans, Finsterer—Cunha, Cole—Bancroft, Jacobovici-l, Plenk, Wilson-1 и -2, Wangensteen-2 и -3, Florken, Бронникова, Топровера, Грабченко-4, Худяковой-3, Carp, Кекало-1, Vernejoul, Шора-1 и -2, В.В. Волкова, Кекало-2, Аврамова, Баева-2, Волобуева-1, Zikria, Bennett, Grosz, Березова, Гненного-1, -2, -3 и -4, Бурцева, Полякова, Вилявина—Будаева-1 и -2, Бытка, Карпенко, Курбанова, Чарышкина;

г) методы ушивания культи ДПК при реконструктивных РЖ, главным образом после ваготомии с гастродуоденоанастомозом по Жабулэ: Гусака, Шевчука—Остапенко, Волобуева-2 и -3, Виниченко, Хачиева—Хаджибаева, Шаманова, Бытка, Горбашко—Иванова, Менькова, Джейранова, Курбанова, Красильникова-1 и -2.

Помимо методик собственно ушивания дуоденальной культи, можно выделить более 40 предложенных способов укрытия, перитонизации ушитой культи ДПК: Senn, Meyer—Mayo, Kelling-l—Finsterer—Jacobovici, Kelling-2, Steinthal—Kausch, Faykiss-1 и -2, Левита, Smoler, Федорова, Опокина, Burk, Burk—Нечипоренко, Haberer-1 и -2, Jacobovici, Салищева—Карташова, Мельникова-1 и -2, Мельникова—Shenstone, Monteiro, Cooper, Кривошеева—Рубашова, Manoliu—Furnica, Jones, Нечипоренко, Вальтера—Мохова—Ломоносова, Полякова, Комарова—Мохова, Тоскина, Рычагова, Смотрова, Таранова-1 и -2, а также рассасывающимися полимерными пленками, нейлоновой и капроновой сеткой, медицинскими клеями и адгезивами.

Таким образом, описано очень большое количество методик формирования дуоденальной культи при РЖ, разработанных для различных клинико-анатомических ситуаций. Помимо выбора оптимального способа ушивания культи ДПК, профилактика ее несостоятельности

должна предусматривать целый ряд мероприятий, т.е. быть комплексной [28, 38] и учитывать все факторы риска НДК [38]. Данные мероприятия целесообразно разделить на две основные группы: общие и активные (более целенаправленные). К общим способам профилактики НДК можно отнести следующие:

— устранение общих причин НДК;

— уменьшение местных причин НДК: своевременное определение показаний к хирургическому лечению; предоперационное противоязвенное лечение; раннее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде; профилактика, ранняя диагностика и лечение послеоперационного панкреатита; выявление и интраоперационное устранение причин хронической дуоденальной непроходимости;

— выбор варианта реконструкции после РЖ в целях профилактики такой местной причины НДК, как послеоперационная дуоденальная гипертензия: по Гофмейстеру—Финстереру или одной из модификаций применения короткой приводящей петли; на длинной петле с брауновским межкишечным анастомозом; по Ру; по Бильрот-I (в условиях «трудной» культи ДПК, а также для выведения или «выключения» дуоденальной язвы); РЖ с гастроэнтеродуоденопластикой; пластическая РЖ (гастроэнтероанастомоз по Ру с наложением энтеродуоденоанастомоза).

К методам активной, целенаправленной профилактики НДК, необходимых в условиях «трудной» культи, следует отнести:

— интраоперационное трансназальное зондирование культи ДПК: методики Wangensteen-1 и -2, Raffel, Robinson—Sanford—Smith—Lee, Утешева, Арчвадзе, Зиневича, Годлевского, а также через гастро- или еюностому, через приводящее или отводящее колено гастроэнтероанастомоза;

— двойное, комбинированное, наружно-внутреннее зондирование культи ДПК, в том числе зондом Слабинского—Ярмилко и его модификацией;

— профилактическая наружная дуоденостомия: методики Branner—Burk—Krabbel, Friedemann—Welch, Lahey—Marshall, Friedemann—Welch—Rodkey, Мельникова—Гусевой, Мельникова, Gingrich, Harvey, Bigg, Prigouris—Michas, Пашаева, Полякова—Морозова, Коморовского;

— наложение дуодено- или пилороеюнальных анастомозов: методики Левита, Geissendorfer—Well, Nissen, Гейнаца, Barnett—Tucker, Боровыма, Матяшина—Балтайтиса—Ботерашвили, Чухриенко;

— проведение раннего энтерального зондового питания.

Таким образом, профилактическим мероприятиям возникновения НДК уделяется большое внимание, так как проведение их «лучше» [55], «играет большую роль» [25], «намного более важно» [80], чем лечение данного осложнения.

В случае развития НДК течение ее будет зависеть от таких факторов, как величина дефекта в культе, состояние стенок культи, сроки развития осложнения и выраженность отграничивающих сращений, причина осложнения, объем потерь дуоденального содержимого, реактивность организма и величина его резервных сил, своевременность и адекватность лечебных мероприятий. В связи с этим можно выделить следующие классификации видов НДК:

— по размеру дефекта: малая [28], точечная [14, 28]; частичная [51]; полная [51], широкая [51], массивная [28];

— по распространенности деструктивно-некротического процесса в стенках культи: без некроза стенок, с частичным некрозом [36], с некрозом всех стенок культи (циркулярно) [17];

— по срокам развития и клиническому течению:

— острая [5], ранняя [1], перитонеальная [29];

— подострая [5] — неотграниченная (перитонеальная) [9] и отграниченная (инфильтративная, абсцедирующая) [5, 68];

— поздняя [1, 28], свищевая [5, 29].

Диагностика различных форм НДК основывается на ряде клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Решающее значение в диагностике имеет устанавливаемый к зоне культи контрольный дренаж. Дифференциальная диагностика осложнения проводится с послеоперационным панкреатитом, несостоятельностью гастроэнтероанастомоза, травмой желчевыводящих путей, послеоперационным парезом желудочно-кишечного тракта или ранней послеоперационной кишечной непроходимостью, пострезекционным холециститом, некрозом стенки ДПК вне ее культи, послеоперационным инфарктом миокарда, острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

Лечение НДК должно быть направлено на отграничение несостоятельной дуоденальной культи от свободной брюшной полости, формирование и дальнейшее заживление наружного дуоденального свища. При оперативном лечении острой, перитонеальной формы осложнения можно выделить следующие этапы: срочная релапаротомия, ревизия брюшной полости и зоны культи, решение вопроса о возможности повторного ушивания культи и выбор методики такого ушивания (в том числе по Масляку, Jones, Вельскому, Уварову, Брюсову, Долгорукову), санация брюшной полости, устранение этиологического фактора НДК, лечебное трансназальное зондирование приводящей петли или ДПК, лечебная наружная дуоденостомия (методики Lahey, Welch, Мельникова—Гусевой, Gingrich, Liszka, Брюсова, Белоконева—Измайлова, Каншина), отграничение несостоятельной культи от свободной брюшной полости, назоинтестинальное зондирование, дополнительное дренирование брюшной полости. При абсцедирующей форме НДК вмешательство должно быть минимально травматичным и включать вскрытие полости абсцесса в зоне несостоятельной культи, санацию и дренирование данной полости.

Консервативное лечение НДК должно быть комплексным и включать следующие мероприятия: «постуральное» положение больного, специальную диету, эндоскопическое трансназальное зондирование приводящей петли или ДПК, интенсивную антибактериальную терапию, антиферментную терапию, торможение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, интенсивную заместительную, дезинтоксикационную, инфузионно-трансфузионную терапию, энтеральное зондовое питание. Огромное значение имеет местное лечение: постоянное оросительно-аспирационное дренирование (методики Эрдмана—Пула, Thompson—Wright, Tenopyr—Shafiroff, Macnaughton, Thorstad—McCollum, Chambler, Perl, Огия—Андриуци, Асляева, Исмайлова, Мышкина и др.), нейтрализация дуоденального отделяемого, сбор и возврат дуоденального отделяемого, защита кожи, стимуляция заживления свища.

Тяжесть течения, прогноз и сроки заживления наружных концевых (постгастрорезекционных) дуоденальных

свищей зависят от времени открытия свища, размеров свищевого дефекта, количества отделяемого (потерь пищеварительных соков) и репаративных возможностей организма. В связи с этим для характеристики формирующегося пострезекционного дуоденального свища целесообразно использовать следующие классификации:

— по срокам открытия — ранние, средние, поздние [9];

— по строению — несформированные и сформированные (губовидные — крайне редко);

— по течению и количеству отделяемого — доброкачественные и злокачественные, неосложненные и осложненные, неполные и полные [31, 55].

Крайние сроки «самостоятельного» заживления пострезекционных свищей ДПК составляют от 3 сут до 9 мес [9, 32]. Однако заживление данных свищей отмечается не во всех наблюдениях, и приблизительно в 10% [12], 11,1% [73], 14,3% [40] они требуют оперативного лечения. Показаниями к оперативному лечению наружных постгастрорезекционных свищей ДПК являются: длительное незаживление свища на фоне консервативного лечения и/или угрожающее свищевое истощение больного. К основным методикам оперативного лечения наружных дуоденальных свищей можно отнести следующие:

— наружная фистулоеюностомия на катетере;

— вне- и внутрибрюшинное ушивание дуоденального свища, в том числе в сочетании с рядом операций, направленных на ликвидацию дуоденостаза (разделение спаек, рассечение связки Трейтца, наложение брауновского межкишечного анастомоза, наложение дуоденоэнтероанастомоза);

— наложение фистуло- или дуоденоэнтероанастомоза (методики Коха, Мельникова, Джанелидзе—Смирнова, Вицына, Портных—Витебского—Нечипоренко, Годлевского).

Таким образом, решение проблемы несостоятельности дуоденальной культи должно быть комплексным и учитывать все стороны этиологии, патогенеза, профилактики, диагностики и лечения данного послеоперационного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аминев А.М., Евдокимова В.С.* Недостаточность культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка с гастроеюнальным анастомозом. В кн.: Труды Куйбышевского мед. ин-та Некоторые вопр. хир. желудочно-кишечного тракта. Куйбышев 1976; 100: 7: 8—11.
2. *Асляев Л.А.* Перитониты как причина летальных исходов при резекции желудка. В кн.: Вопр. острой гнойной хир. инфекции. Матер. респ. науч. конф. Львов 1972; 98—100.
3. *Атаев С.Д., Абдуллаев М.Р., Атаев Д.С.* Профилактика и лечение ранних послеоперационных осложнений после резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 8-й Всерос. съезд хир. Тез. докл. Краснодар 1995; 10—11.
4. *Благитко Е.М.* Ушивание культи двенадцатиперстной кишки гофрирующим и кисетным швами при низких пенетрирующих язвах. В кн.: Хирургическая коррекция и послеоперационная терапия заболеваний органов пищеварения. Отв. ред. проф. Урсов И.Г. Новосибирск. СО АМН СССР 1981; 44—46.
5. *Богоявленский Н.Ф.* К вопросу о резекции желудка при раке его. Хирургия 1914; 36: 212: 161—173.
6. *Ботерашвили М.И.* Обработка дуоденальной культи при резекции желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни. В кн.: Хир. органов пищевар. Респ. межвед. сб. Вып. 4. Восстановительная хир. органов пищевар. Киев: Здоров'я 1975; 104—108.
7. *Виниченко А.Г., Елоев В.А., Тимиченко К.Г. и др.* Хирургическое лечение внелуковичных язв двенадцатиперстной кишки. Клин хир 1982; 8: 69—70.
8. *Гусарев В.Ф., Синкевич В.П.* О выборе метода ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. Хирургия 1964; 9: 55—60.
9. *Гусева Е.М.* Дуоденальные свищи после резекции желудка. В кн.: Труды ВММА. Л 1955; 51: 148—157.
10. *Гутник Г.П.* О некоторых причинах расхождения культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот-II. В кн.: Сб. дис. раб. сотр. Укр. ин-та усов. врачей. Харьков 1963; 3: 35—38.
11. *Добров С.Д., Новицкая Н.М., Буравлев А.В., Пушкарев В.П.* Выбор метода оперативного лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В кн.: Актуальные вопр. хир. язв. болезни жел. и двенадц. кишки. Матер. к конф. 13—14 октября 1988 г. Под ред. проф. Мыша Г.Д. Новосибирск 1988; 96—98.
12. *Доценко А.П., Чинченко Е.И.* О клинике и лечении недостаточности швов после резекции желудка. Нов хир арх 1961; 11: 60—64.
13. *Жерлов Г.К., Пришляк В.В., Поляков В.В., Кузьмин А.И.* Профилактика несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и послеоперационного панкреатита. Хирургия 1985; 1: 92—95.
14. *Каншин Н.Н.* Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов (лекция для молодых хирургов). М: Профиль 2004; 64.
15. *Карагюлян Р.Г.* Резекция желудка при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1987; 5: 39—42.
16. *Ковтунович Г.П.* Осложнения со стороны культи двенадцатиперстной кишки при резекциях желудка. Сов хир 1936; 8: 242—247.
17. *Коломийченко М.И., Цыганенко И.Т.* Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. Клин хир 1974; 1: 6—10.
18. *Комаров И.А., Мохов Е.М.* Пластическое укрепление швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. Хирургия 1983; 4: 32—35.
19. *Котомина С.И.* К методике атипичного укрытия культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. В кн.: Ученые записки Горьковского мед. гос. ин-та им. С.М. Кирова. Горький 1958; 6: 179—182.
20. *Кох Э.Х.* К вопросу о лечении свищей двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. Нов хир арх 1934; 30: 4: 503—516.
21. *Кривошеев С.В.* Некоторые вопросы резекции желудка. В кн.: Труды Первого Респ. съезда хир. Молдавии. Кишинев: Гос. изд-во Молдавии 1949; 149—154.
22. *Кукош В.И., Чернявский А.А., Черемухин Л.Ф.* Показания к резекции желудка при язвенной болезни. М: Медицина 1970; 176.
23. *Кутузов И.И.* Особенности обработки культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клин хир 1969; 7: 25—29.
24. *Ладнюк Б.П., Тимофеев Ю.И., Гольцов А.П. и др.* Повреждения желчных и панкреатических протоков при резекции желудка по поводу язвенной болезни. Хирургия 1988; 12: 92—94.
25. *Маянц И.А.* Техника резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки и результаты этой операции. Л 1948; 261.
26. *Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М: Медцина 1990; 560.
27. *Митюк И.И., Годлевский А.И.* Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. Клин хир 1987; 8: 76—77.

28. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике. Под ред. Ванцяна Э.Н. 2-е изд. АМН СССР. М: Медицина 1990; 224.
29. *Оглоблин А.А.* Обработка культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу язвенной болезни и причины ее расхождения. В кн.: Труды Смоленск. гос. мед. ин-та. Смоленск 1959; 11: 413—424.
30. *Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Чубинец Е.Г.* Хирургическое лечение гигантских дуоденальных язв. В кн.: 8-й Всерос. съезд хирургов. Тез. докл. Краснодар 21—23 сентября 1995; 203—205.
31. *Оппель В.А.* К казуистике свищей двенадцатиперстной кишки. Нов хир архив 1924; 6: 2—3: 22—23: 185—189.
32. *Папазов Ф.К.* Предупреждение некоторых постгастрорезекционных осложнений путем сохранения естественного оттока из двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по Бильрот-II. Клин хир 1979; 8: 38—40.
33. *Петров В.П., Романенко Ф.Г.* Хирургическая тактика при несостоятельности швов после резекции и экстирпации желудка. Хирургия 1983; 2: 67—69.
34. *Помелов В.С., Кубышкин В.А., Козлов И.А.* Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1997; 5: 4—9.
35. *Постолов М.П.* Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни. Ташкент: Медицина 1965; 160.
36. *Постолов М.П.* Повреждение внепеченочных желчных ходов при резекции желудка по поводу язвенной болезни. Хирургия 1966; 6: 135—138.
37. *Пучков К.В., Филимонов В.Б., Карпов О.Э., Осипов В.В.* Оперативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки лапароскопическими методами. Тез. докл. 3-го Всерос. съезда по эвдоскоп хир. М 24—25 февраля 2000 г. Эндоскоп хир 2000; 2: 54.
38. *Ручкин В.И.* Комплексная профилактика недостаточности швов дуоденальной культи после резекции желудка. Курган: Периодика 1991; 103.
39. *Сажин В.П., Демин Ю.Н., Коган Д.Л., Сажин А.В.* Применение лапароскопических операций в лечении рака желудка. Тез. докл. 5-го Всерос. съезда по эндоскоп. хир. М 20—22 февраля 2002 г. Эндоскоп хир 2002; 3: 55.
40. *Салихов И.А., Федоров В.В., Красильников Д.М. и др.* Профилактика и комплексное лечение несостоятельности дуоденальной культи. Хирургия 1989: 10: 23—26.
41. *Селезнев Г.Ф.* Значение энтеро-энтероанастомоза в предупреждении осложнений по поводу язвенной болезни. В кн.: Труды по актуальным вопр. практ. хир. М 1965; 210—221.
42. *Сенчилло З.Т.* К вопросу о закрытии культи двенадцатиперстной кишки двумя способами Сапожкова. В кн.: Сб. науч. работ, посв. 50-летию деятельности проф. К.П. Сапожкова. Иркут. гос. мед. ин-т. Иркутское книжн. из-во 1953; 69—86.
43. *Сергеев И.В., Зайцева М.И., Кавайкин А.Г.* Профилактика и лечение несостоятельности дуоденальной культи. В кн.: 8-й Всерос. съезд хирургов. Тез. докл. Краснодар 21—23 сентября 1995; 258—259.
44. *Соколов Н.И.* Закрытие культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. Вестн хир 1948; 68: 5: 25—31.
45. *Топровер Г.С.* К методике закрытия культи 12-перстной кишки после резекции желудка по типу B II. Сов хир 1935; 4: 88—90.
46. *Федоров И.В.* Оперативная лапароскопическая хирургия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1997.
47. *Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г.* Хирургическое лечение больных с кровоточащей гигантской язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Клин хир 1991; 8: 3—7.
48. *Черноусов А.Ф., Мишин В.Ю.* Острый послеоперационный панкреатит в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1985; 1: 71—74.
49. *Экк Н.В.* Два случая чревосечения с целью резекции привратника. В сб.: Труды об-ва рус. врачей за 1881—82 годы. Ст-Петербург 1882; 3: 257—261.
50. *Allen A.W., Welch C.E.* Gastric resection for duodenal ulcer: follow-up studies. Ann Surg 1942; 115: 4: 530—543.
51. *Alves J.B.* Treatment of the postgastrectomy external duodenal fistula. Int Surg 1968; 49: 3: 248—251.
52. *Barlehner E.* Initial experience with laparoscopic gastrectomy in benign and malignant tumors. Zbl f Chir 1999; 124: 346—350.
53. *Billroth T.* Demonstration Anzeiger der K.K. Gesellschaft der Arzte in Wien. 26 Februar 1885; 19.
54. *Brun H.* Zur Mobilisation und Verlagerung des Magens und Duodenums bei Operationen am Magen und unteren Abschnitt der Speiserohre. Anatomische Studien. Beitr z klin Chir 1913; 84: 2: 305—338.
55. *Colp R.* External duodenal fistulae. Ann Surg 1923; 78: 1—6: 725—744.
56. *Colp R., Weinstein V.* Postoperative complications following subtotal gastrectomy for peptic ulcer. Surg Clin N Amer 1955; 35: 383—391.
57. *Cooper P., Pecora D.V.* The problem of duodenal closure after gastrectomy for duodenal ulcer. Am J Surg 1956; 91: 231—233.
58. *Ginzburg L.* Management of the difficult duodenal stump: technical considerations. Surg Clin N Amer 1954; 34: 473—493.
59. *Gray H.K.* Disc, of paper by Baker et al. Ann Surg 1955; 142: 3: 528.
60. *Hacker V.R.* Zur Kasuistik und Statistik der Magenresektionen und Gastroenterostomien. Arch F klin Chir 1885; 32: 616—625.
61. *Huss J.* Duodenalstumpfverschluss nach Guleke—Noller. Zbl f Chir 1971; 96: 41: 1411—1414.
62. *Finsterer H.* Zur Technik der Magenresektion. Dtsch Ztschr f Chir 1914; 128: 514—573.
63. *Finsterer H., Cunha F.* The surgical treatment of duodenal ulcer. Surg Gynec Obstet 1931; 52: 1099—1114.
64. *Fowler D.L., White S.A.* Laparoscopic gastrectomy: five cases. Surg Laparosc Endosc 1996; 6: 98—101.
65. *Lannois B., Bourdonec P., Paul J.L. et al.* Les aspects chirurgicaux des hemmoragies des ulceres duodenaux. Mem Acad Chir Paris 1986; 112: 2: 109—114.
66. *Larsen B.B., Foreman R.C.* Syndrome of leaking duodenal stump. Arch Surg 1951; 63: 4: 480—485.
67. *Marzoli G.P., Kneringer V.* Le techniche chirurgiche par la chiusura del moncone duodenale. Chir e Pat Sper 1963; 11: l: 59—79.
68. *Michalis S.* Zur Technik des Duodenalverschlusses und der Einstulpung des Stumpfes in der Art der Tabakbeutelnaht bei Magenresektionen. Zbl f Chir 1959; 41: 1660—1665.
69. *Monteiro A.* Management of the duodenal stump in operation for penetrating ulcer. J lnt Coll Surg 1950; 13: 5: 489—496.
70. *Neuber E.* Technique of gastric resection. Surg Gyn Obstet 1927; 45: 2: 204—208.
71. Оперативная хирургия. Пер. с венг. Под ред. Литтманна И. Будапешт: Изд-во Акад. наук Венгрии 1982; 2: 1175.
72. *Pemberton L.B.* Secure closure of duodenal stump with staples. Am J Surg 1980; 139: 2: 293—294.
73. *Pearce C.W., Jordan G.L., DeBakey M.E.* Intra-abdominal complications following distal subtotal gastrectomy for benign gastroduodenal ulceration. Surg 1957; 42: 3: 447—461.
74. *Priestley J.T., Butler D.B.* Duodenostomy: Technic for management of duodenal stump in certain cases of partial gastrectomy for duodenal ulcer. Am J Surg 1951; 82: 163—166.
75. *Roig J.* Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. Abstr. book of the 15th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). Athens Greece 2007; 27.
76. *Rothenberg R.E., Lerner R., Yaeger L.* The management of the ulcer-bearing portion of the duodenum during subtotal gastrectomy. Surg 1959; 46: 3: 496—500.
77. *Schmid R.* Zum duodenalverschhiss bei Magenresektion (B II). Wien Med Wschr 1962; 112: 36: 664—665.
78. *Steinthal.* Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. Zbl f Chir 1905; 32: 50: 1345—1347.
79. *Stengel B.F., Close A.S., Thomas W.D.* The influence of prophylactic drainage on the results of duodenal stump perforation. Surg Gynec Obstet 1963; 117: 5: 623—627.
80. *Welch C.E.* Intestinal fistulas. Am Surg 1964; 30: 10: 631—634.

Поступила 25.06.10