

Этапность при лечении больных с дуоденальными свищами после резекции желудка по поводу язвенной болезни

В.И. Белоконов, И.В. Харин

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

В работе представлены результаты лечения 74 пациентов с дуоденальными свищами, образовавшимися вследствие несостоятельности швов после резекции желудка по Бильрот - I и Бильрот - II.

Перитонеальная форма несостоятельности (свищи I, II типов) была у 54 (73,0%) пациентов, свищевая (свищи III и IV типа) – у 20 (27,0%). При перитонеальной форме несостоятельности гастродуоденоанастомоза, после резекции желудка по Бильрот - I, в реактивной стадии перитонита выполняли ререзекцию желудка по Бильрот - II. При перитонеальной форме несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) использовали приёмы, позволяющие перевести её в свищевую: дуоденостомия с помощью катетера Фолея, сквозное дренирование с помощью назогастроюнодуоденального зонда, дуоденостомия на протяжении.

При свищевой форме применяли способ окончательного закрытия свища с помощью мышечного лоскута на ножке.

Анализ результатов лечения показал, что при ушивании свищей ДПК из 17 пациентов умерли 11 (64,7%), при слепом дренировании из 17 – 10 (58,8%), при сквозном дренировании из 6 – 3 (50%), при ререзекции желудка из 26 – 12 (46,1%). При консервативном ведении из 8 пациентов с первично-свищевой формой умерли 2 (25%). При перитонеальной форме несостоятельности швов умерли 27 пациентов из 53 (51,0%), а при свищевой – 9 из 21 (42,9%). Наибольшая летальность (83,3%) отмечена у пациентов со свищами, осложнёнными перитонитом, в стадии бактериального шока и полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: резекция желудка, несостоятельность швов, дуоденальный свищ, дуоденостомия, гастродуоденоанастомоз

Введение. Резекция желудка является операцией выбора при лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложнённых кровотечением, перфорацией и пилородуоденальным стенозом. Однако операция, выполняемая в экстренном порядке, нередко сопровождается развитием осложнений, среди которых наиболее опасным является несостоятельность швов, приводящая к образованию высоких дуоденальных свищей [1-3].

Высокие свищи составляют около 1/3 всех свищей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и представляют наибольшую опасность для пациента, так как даже при благоприятном течении заболевания приводят к быстрому истощению [4-6].

Уровень свища зависит от способа первичной операции. Так, образование свищей после резекции желудка по Бильрот - II связано с несостоятельностью культи ДПК, а после операции по первому способу Бильрота – с несостоятельностью гастродуоденоанастомоза (ГДА). Принципы лечения также различны. Так, если при ведении пациентов со свищами культи ДПК для предупреждения перитонита достаточно наладить адекватную аспирацию химуса, то при несостоятельности ГДА приходится также решать проблему восстановления непрерывности ЖКТ. При этом возникает необходимость формирования нового анастомоза в условиях перитонита. Выведение свища ДПК на переднюю брюшную стенку невозможно в связи с анатомическим расположением органа [7,8].



ТАБЛИЦА 1. ТИПЫ СВИЩЕЙ ДПК, ОБРАЗОВАВШИХСЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Способ резекции желудка	Тип свища				Всего
	I	II	III	IV	
Бильрот – I	26	5	10	2	43
Бильрот – II	19	4	8	-	31
Итого:	45	9	18	2	74

Эффективность лечения пациентов зависит от типа свища, стадии перитонита и своевременности оперативного лечения. Традиционные подходы к лечению высоких свищей предусматривают использование дренажей, отводящих химус, применение обтураторов [4,9]. Однако данные способы лечения эффективны только при определённых типах свищей.

Цель исследования. Оценить эффективность этапного лечения пациентов со свищами ДПК после резекции желудка.

Материал и методы. Проведён анализ лечения 74 пациентов. Возраст больных колебался от 22 до 83 лет. Мужчин было 57 (77%), женщин – 17 (23%). Все пациенты первоначально были оперированы по поводу осложнённых язв желудка и ДПК. Для характеристики свищей ДПК по типу использовали классификацию В.И. Белоконова и Е.П. Измайлова (2005), по формам несостоятельности – Д.М. Красильникова с соавт. (2005) [7,10]. Стадию перитонита по классификации В.Н. Чернова и Б.М. Белика (2002) определяли на основании интраоперационных критериев, разработанных Л.Б. Гинзбургом в 2009 г. [11,12].

Для лечения свищей ДПК после резекции желудка придерживались следующих принципов. При перитонеальной форме несостоятельности ГДА, после резекции желудка по Бильрот – I, в реактивной стадии перитонита выполняли ререзекцию желудка по Бильрот – II. При перитонеальной форме несостоятельности культи ДПК использовали приёмы, позволяющие перевести её в свищевую: дуоденостомия с помощью катетера Фолея [13], способ сквозного дренирования с помощью назогастроянодуоденального зонда [14], слепое дренирование свища трубкой на протяжении. При свищевой форме применяли способ окончательного закрытия свища с помощью мышечного лоскута на ножке [15]. Консервативное ведение проводили у пациентов с низкодебитными свищами и тенденцией к постепенному снижению объёма отделяемого. Интенсивное лечение больных с дуоденальными свищами включало коррекцию электролитных и белковых нарушений, гиповолемии и энтеральной недостаточности, антибактериальную терапию.

Дуоденальные свищи у 43 (58,1%) пациентов образовались вследствие несостоятельности ГДА, у 31 (41,9%) – из-за несостоятельности культи ДПК. Типы свищей ДПК, образовавшихся после резекции желудка, представлены в таблице 1.

Свищи I типа были у 45 (60,8%) пациентов, II типа – у 9 (12,2%), III типа – у 18 (24,3%), IV типа – у 2 (2,7%). В соответствии с классификацией Д.М. Красильникова и соавт., перитонеальная форма несостоятельности швов (свищи I и II типа) была у 54 (73,0%) пациентов, а свищевая (свищи III и IV типа) – у 20 (27,0%).

При лечении пациентов с перитонеальной формой несостоятельности швов культи ДПК использовали два различных подхода. Вначале предпринимали попытки ушивания свища с дренированием подпечёночного пространства и последующим подключением трубок к системе вакуумной аспирации. Однако такой вариант лечения оказался неэффективным, так как приводил к рецидиву свища. Это послужило мотивацией к отказу от ушивания свища в пользу формирования дуоденостомы на сквозном дренаже. Для этого использовали трубку от одноканальной инфузионной системы, которую проводили через культи ДПК, межкишечный анастомоз, тощую кишку, гастроэнтероанастомоз, пищевод, ротоглотку и выводили через носовой ход. Наличие сквозного дренажа в ДПК обеспечивало адекватную декомпрессию и способствовало формированию дуоденостомы. Параллельно первому дренажу через свищ ДПК в тощую кишку заводили второй зонд, который располагали дистальнее межкишечного соустья, что позволяло обеспечить энтеральное питание больного (рис. 1 а,б).

При перитонеальной форме несостоятельности ГДА выполняли ререзекцию желудка по Бильрот – II с позади ободочным анастомозом на длинной петле с межкишечным соустьем либо по способу Ру. У 5 пациентов послеоперационный период осложнился несостоятельностью культи ДПК. Чтобы избежать развития этого осложнения, ререзекцию желудка по Бильрот – II стали дополнять сквозным дренированием ДПК по описанной методике.

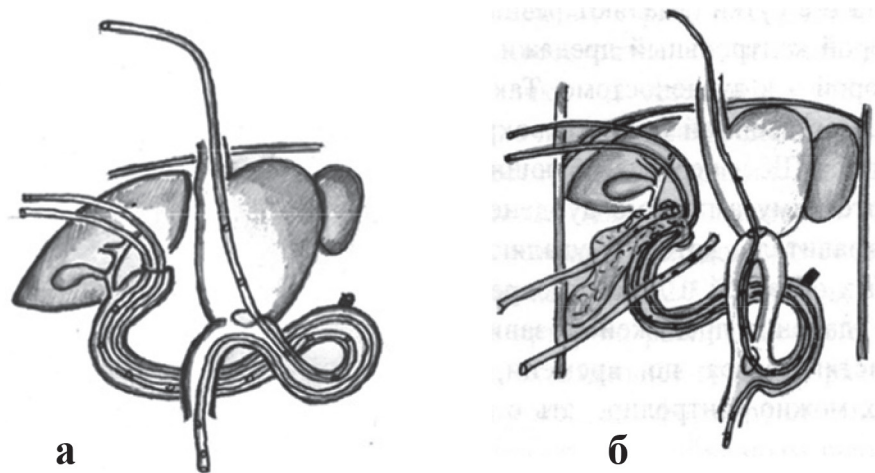


РИС. 1. ФОРМИРОВАНИЕ ДУОДЕНОСТОМЫ НА СКВОЗНОМ ДРЕНАЖЕ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТЫ ДПК ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ - II В МОДИФИКАЦИИ: А – ГОФМЕЙСТЕРА-ФИНСТЕРЕРА; Б – БАЛЬФУРА

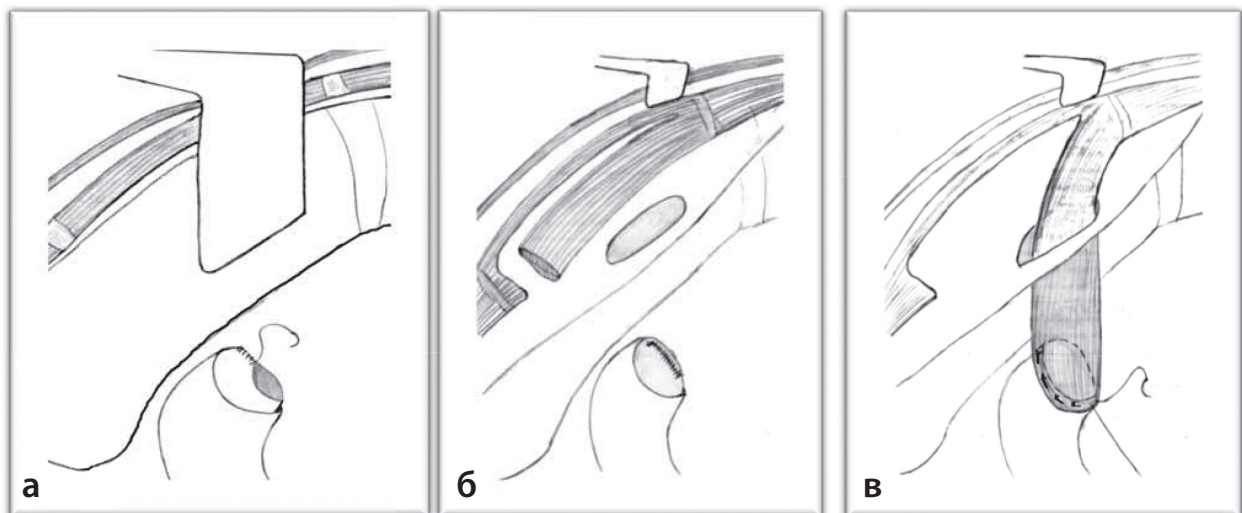


РИС. 2. ЗАКРЫТИЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО СВИЩА МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ (СХЕМА ОПЕРАЦИИ)

Консервативное ведение свищевой формы несостоятельности швов осуществляли при сочетании следующих условий: наличие свища III типа, надёжное отграничение свищевого хода от свободной брюшной полости, небольшой объём дуоденального отделяемого. Лечение включало инфузионную, антибактериальную терапию и парентеральное питание в объёме, достаточном для компенсации свищевых потерь. При таком подходе удавалось добиться постепенного закрытия трубчатых свищей. Однако при образовании внутренних губовидных свищей ДПК III и IV типов консервативное лечение оказывалось неэффективным, и пациентов оперировали.

После ревизии и выявления свища поэтапно выделяли стенку ДПК. Затем отделяли слизисто-подслизистый футляр от серозно-мышечного на расстоянии

не менее 2 см. Мобилизованную слизистую оболочку ушивали отдельными круговыми швами, инвагинируя её в просвет ДПК (рис. 2а). После этого из лапаротомного доступа выделяли и пересекали переднюю стенку влагалища правой прямой мышцы живота на расстоянии не менее 12 см (рис. 2б). Из прямой мышцы живота выкраивали мышечный стебель длиной 12 см и шириной 3 см, который перемещали в брюшную полость и подводили к линии швов слизистой оболочки. Лоскут располагали внутри серозно-мышечного футляра и фиксировали отдельными швами (рис. 2в).

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения пациентов с дуоденальными свищами представлены в таблице 2.



ТАБЛИЦА 2. СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ДПК И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ

Способ лечения	Число пациентов с несостоятельностью		Всего
	ГДА	ДПК	
Ушивание свища	10/6	7/5	17/11 (64,7%)
Слепое дренирование свища	5/3	12/7	17/10 (58,8%)
Сквозное дренирование свища	1/0	5/3	6/3 (50%)
Резекция желудка	24/11	2/1	26/12 (46,1%)
Консервативное ведение	3/0	5/2	8/2 (25%)
Итого:	43/20 (47%)	31/18 (58%)	74/38 (51,4%)

Примечание: в знаменателе (/) указано число и процент (%) умерших больных

ТАБЛИЦА 3. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ДПК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СВИЩА И СТАДИИ ПЕРИТОНИТА

Стадия перитонита	Тип свища				Всего
	I	II	III	IV	
Реактивная	21/11	9/3	-	-	30/14 (46,7%)
Энтеральной недостаточности	18/9	-	-	-	18/9 (50,0%)
Бактериального шока и ПОН	6/5	-	-	-	6/5 (83,3%)
Итого	45/25 (55,6%)	9/3 (33,3%)	18/7 (38,8%)	2/2 (100%)	74/38 (51,4%)

Примечание: в знаменателе (/) указано число и процент (%) умерших больных

Анализ результатов лечения показал, что при ушивании свищей ДПК из 17 пациентов умерли 11 (64,7%), при слепом дренировании из 17 – 10 (58,8%), при сквозном дренировании из 6 – 3 (50%), при резекции желудка из 26 – 12 (46,1%). При консервативном ведении из 8 пациентов с первично-свищевой формой умерли 2 (25%). Следовательно, резекция желудка при несостоятельности ГДА даёт лучшие результаты, чем слепое дренирование или ушивание свища. В то же время, выполнение реконструктивной операции оправдано только при отграниченном перитоните или в реактивной стадии распространённого перитонита. Поэтому, при оценке результатов лечения в группах, нами учитывалась форма несостоятельности, стадия и распространённость перитонита (табл. 3).

Из таблицы следует, что при перитонеальной форме несостоятельности швов умерли 27 пациентов из 53 (51,0%), а при свищевой – 9 из 21 (42,9%). Наибольшая летальность (83,3%) отмечена у пациентов со свищами, осложнёнными перитонитом в стадии бактериального шока и полиорганной недостаточности.

К настоящему времени известно множество способов лечения свищей ДПК [4,5,7-9]. Эффективным представляется способ, разработанный И.А. Ефи-

менко (1995), который использовал для закрытия свища круглую связку печени [16]. Из вариантов слепого дренирования свища заслуживает внимания методика, описанная А.С. Ермоловым с соавт. (2014). Авторам удалось снизить летальность при лечении свищей ДПК различной этиологии (несостоятельность швов, повреждения ДПК в ходе внутрибрюшных операций, эндоскопических манипуляций и вследствие закрытой травмы) до 12,1% [17].

Анализ лечения пациентов со свищами ДПК после резекции желудка показал, что наилучшие результаты достигнуты при соблюдении принципа этапности. Суть данного подхода заключается в переводе перитонеальной формы несостоятельности швов ДПК в свищевую. Функционирующий свищ, в свою очередь, закрывался либо самостоятельно, либо оперативным путём.

Наблюдения показали, что самостоятельно заживали только внутренние свищи ДПК небольшого диаметра, канал которых представлен серозной оболочкой. Самостоятельное закрытие внутренних губовидных свищей ДПК невозможно. Только ранняя операция, проведённая до развития у больного декомпенсации белкового и водно-электролитного обмена, позволяла добиться выздоровления. Чтобы предупредить формирование губовидного свища



во время реконструктивной операции, необходимо избегать выворачивания слизистой оболочки ДПК наружу. Для этого следует сохранять швы на культе ДПК, а для дренирования использовать трубки малого диаметра, обеспечивающие адекватную декомпрессию без расширения свищевого отверстия. Формирование дуоденостомы с помощью катетера Фолея является вынужденной мерой, позволяющей надёжно перевести перитонеальную форму несостоятельности в свищевую. Однако после удаления катетера происходит выворачивание слизистой оболочки наружу. Вследствие этого формируется губовидный свищ, который самостоятельно не закрывается, требуя выполнения операции, направленной на его закрытие.

ВЫВОДЫ:

1. Свищи ДПК у 58,1% пациентов формируются после резекции желудка по Бильрот - I, у 41,9% – по Бильрот - II.
 2. Лечение перитонеальной формы несостоятельности требует экстренного оперативного лечения, направленного на перевод её в свищевую форму.
 3. Способ сквозного дренирования свища ДПК трубками малого диаметра имеет преимущество перед слепым дренированием, так как позволяет сформировать трубчатый свищ, заживающий самостоятельно.
 4. Дренирование катетером Фолея при перитонеальной форме несостоятельности швов ДПК следует рассматривать в качестве первого этапа лечения, позволяющего перевести перитонеальную форму в свищевую. Второй этап лечения предусматривает оперативное лечение свища.
 5. Ключом к успешному лечению дуоденального свища является своевременное выполнение операции, направленной на его закрытие.
5. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит / Н.Н.Каншин. М.: «Профиль». - 2007. - 160с.
 6. Макаренко Т.П. Свищи желудочно-кишечного тракта / Т.П.Макаренко, А.В.Богданов. М.: «Медицина». - 1986.
 7. Белоконов В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И.Белоконов, Е.П.Измайлов. Монография. Самара: ГП «Перспектива». - 2005. -240с.
 8. Измайлов Е.П. Патогенетическое обоснование тактики и способов хирургического лечения больных со свищами желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.П.Измайлов. - Самара. – 2007. - 42с.
 9. Колчегонов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. Серия «Библиотека практического врача» / П.Д.Колчегонов. - М., Медицина. - 1964. - 236с.
 10. 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.
 11. Чернов В.Н. Классификация и принципы лечения острого гнойного перитонита / В.Н.Чернов, Б.М.Белик // Журнал хирургия имени Пирогова. - 2002. - № 4; - С.52-56.
 12. 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.
 13. Патент на изобретение № 2533016, 2013г. Дуоденостомия с помощью катетера Фолея / А.П.Бабаев, В.И. Белоконов, В.И. Харин.
 14. Заявка на изобретение № 2002114579, 2002г. Способ сквозного дренирования с помощью назогастроюнодуоденального зонда / В.И.Белоконов, Е.П.Измайлов.
 15. Рационализаторское предложение № 293 от 24.11.2014г. / Способ окончательного закрытия свища с помощью мышечного лоскута на ножке // В.И.Белоконов, С.Ю.Пушкин, И.В.Харин. Приоритетная справка №079134 от 5.12.2014 г.
 16. Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А.Ефименко. - М., 1995. - 26 с.
 17. Ермолов А.С. Свищи двенадцатиперстной кишки: проблемы хирургического лечения / А.С.Ермолов [и др.] // Актуальные вопросы клинической медицины. Сборник научных трудов межведомственной научной конференции, посвящённой 25-летию Клинического госпиталя ФКУЗ ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по г. Москве. М.: Граница. - 2014. - С.124-130.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kan K.T. Early Outcome Following Emergency Gastrectomy / K.T.Kan // Annals Academy of Medicine. - 2012. - Vol. 41, № 10. - P.451-456.
2. Levine M.S. Practical Fluoroscopy of the GI and GU Tracts / M.S.Levine, P.Ramchandani, S.E.Rubeshin. Cambridge University Press. - 2012. - 234 p.
3. 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.
4. Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В.Атаманов. - М., 1985. - 38с.



Summary

Stages in treatment of patients with duodenal fistula after gastric resection in peptic ulcer diseases

V.I. Belokonev, I.V. Kharin

Chair of Surgical Diseases № 2 SBEI HPE «Samara State Medical University», Samara, Russia

The results of treatment 74 patients with duodenal fistulas, formed as a result of lack suture after gastrectomy by Billroth - I and Billroth - II are presented in article.

Peritoneal form of dehiscence (fistulas of I, II types) was in 54 (73,0%) patients, fistular form (fistulas of III and type IV) – 20 (27,0%). In peritoneal form of failure of gastro-duodenal anastomosis after gastrectomy by Billroth - I, in the reactive stage of peritonitis repeated gastric resection by Billroth - II was performed. In peritoneal form of failures tump of duodenum used techniques that allow to transfer it into a fistular form: duodenostomy using a Foley catheter, dipnoous drainage using naso-gastro-jejuno-duodenal probe, duodenostomy over a length. In fistular form used method of final fistula closure using muscle flap on the pedicle.

Analysis of the treatment results showed that from 17 patients with duodenal fistulas suturing 11 (64,7%) died, while at blind drainage from 17 – 10 died (58,8%), at dipnoous drainage from 6 patients – 3 (50,0%), at gastric re-resection from 26 – 12 (46,1%). If conservative management from 8 patients with primaryfistular form died 2 (25,0%). In peritoneal form of sutureinconsistency 27 patients died from 53 (51,0%), and infistular – 9 from 21 (42,9%). The highest mortality rate (83,3%) was observed in patients with fistulas complicated by peritonitis, in the stage of bacterial shock and multiple organ failure.

Key words: gastric resection, suture failure, duodenal fistula duodenostomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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