

расстройства, купированные консервативной терапией. Урологические осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства, в группах указаны в таблице 1. Данные за 3-летний период наблюдения.

Таблица 1
Урологические осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства

№	Урологическое осложнение	I группа	II группа	III группа
1	Некроз мочеточника трансплантата	1	1	-
2	Обструктивная уропатия	-	1	-
3	Орхоэпидидимит	-	1	-
4	Кровотечение в мочевой пузырь, неоднократные острые задержки мочеиспускания (потребовавшие троакарной эпицистостомии)	-	1	2
5	Несостоятельность пузырно-мочеточникового анастомоза	3	-	-
6	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (в отдаленном послеоперационном периоде)	-	2	-
	Всего	4 (22%)	6 (22%)	2 (9%)

Выводы

1. Длительная анурия у пациента с ХПН, ожидающего трансплантацию почки, не является противопоказанием к проведению операции.

2. Необходим индивидуальный подход к лечению каждого пациента с длительной анурией.

3. Выполнение способа диагностики и лечения пациентов с длительной анурией позволяет снизить количество урологических осложнений на 13% за трехлетний период наблюдения.

Список литературы

1. Закс Л. Статистическое оценивание. - М.: Статистика, 1976. - 598 с.

2. Руководство по трансплантации почки пер. с англ. / под ред. Я.Г. Мойсюка, Габриель М. Данович - Тверь: Изд-во "Триада", 2004. - 471 с.

3. Трансплантология: руководство для врачей / под ред. В.И. Шумакова: 2-е изд., испр. и доп. - М.: МИА, 2006. - 544 с.

4. Luke P.P., Herz D.B., Bellinger M.F., Chakrabarti P., Vivas C.A., Scantlebury V.P et al / Long-term results of pediatric renal transplantation into a dysfunctional lower urinary tract // Transplantation. - 2003. - №76. - P. 1578-1582.

5. Mishra S.K., Muthu V., Rajapurkar M.M., Desai M.R. et al. / Kidney transplantation in abnormal bladder // Indian J Urol. - 2007 - Vol. 3 - № 23. - P. 299-304.

6. Neild GH, Dakmish A, Wood S, Nauth-Misir R, Woodhouse CR / Renal transplantation in adults with abnormal bladders // Transplantation. - 2004. - Apr. - Vol. 5. - №7 - P. 1123-1127.

7. Sager C, Burek C, Durán V, Corbetta JP, Weller S, Paz E, López JC / Outcome of renal transplant in patients with abnormal urinary tract // Pediatr Surg Int. 2010. - Aug 31. - Vol. 4. - №6. - P. 324-329.

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Д.М. Красильников, М.М. Миннуллин, Я.Ю. Николаев

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет
ГАЗУ Республиканская клиническая больница, г. Казань**

Красильников Дмитрий Михайлович, зав. кафедрой хирургических болезней № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии, руководитель хирургической службы республиканской клинической больницы, д-р мед. наук, профессор,

Миннуллин Марсель Мансурович, первый зам. глав. врача республиканской клинической больницы, канд. мед. наук,
Николаев Ярослав Юрьевич, врач-хирург, заочный аспирант кафедры хирургических болезней № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии,
420064, Россия, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138,
тел. 8 (843) 269-05-47,
e-mail: Yarosniko@mail.ru

Изучены причины развития несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта у пациентов, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработана классификация форм несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, гастроэнтероанастомозов. Предложены новые подходы в диагностике и комплексном лечении больных с несостоятельностью швов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: несостоятельность швов, язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка.

DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF SEAM'S LACK OF THE GASTROINTESTINAL TRACT OF PATIENTS WITH GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER

D.M. Krasilnikov, M.M. Minnullin, Ya.U. Nikolaev

Kazan State Medical University
Republican Clinical Hospital, Kazan

The causes of development of seam's lack of the gastrointestinal tract of patients who underwent surgery because of complications of gastric ulcer and duodenal ulcer are studied. The classification of forms of seam's lack of duodenal stump and gastroenteroanastomosis is presented. The new approaches in diagnosis and complex treatment of patients with seam's lack of the gastrointestinal tract are offered.

The key words: seam's lack, peptic ulcer, stomach, duodenum.

Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки (12 п.к.) является широко распространенным заболеванием [1,6,11]. В настоящее время достигнуты значительные успехи в фармакотерапии больных язвенной болезнью, вследствие чего уменьшилось число оперативных вмешательств, выполняемых в основном по поводу стенозирующих, больших каллезных и пенетрирующих язв. Так, по данным нашей клиники, количество плановых операций снизилось на 95%. Вместе с тем, наблюдается рост госпитализации больных с такими осложнениями язвенной болезни, как перфорации гастродуоденальных язв, кровотечения [3,4,13]. При этом несостоятельность швов ушитых перфоративных отверстий язв желудка и 12 п.к. превышает 11 %, а рецидивы кровотечений возникают в 15% наблюдений, летальность достигает 50-70% [2,10]. По нашему мнению, столь высокая летальность обусловлена неадекватным выбором вариантов операций, способствующих профилактике ранних послеоперационных осложнений, их своевременной диагностики и эффективного лечения.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с несостоятельностью швов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), оперированных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и 12 п.к.

Материалы и методы

За период 2002-2011 гг. в хирургическом отделении ГАУЗ РКБ МЗ РТ находилось 53 пациента с

несостоятельностью швов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), ранее оперированных по поводу осложнений язвенной болезни желудка, 12 п.к., и которые были разделены на 2 группы (таблица 1).

Таблица 1
Пациенты с несостоятельностью швов ЖКТ после операций по поводу язвенной болезни желудка и 12 п.к.

Несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта	Количество пациентов	Возраст	Мужчины/ женщины	Сроки диаг-ки несост. швов (сутки)	Летальные исходы
Несостоятельность швов перфоративной язвы желудка, 12 п. кишки	25	18-70	21/4	3-11	7 (28,0%)
Несостоятельность швов культи 12 п. кишки	17	22-80	16/1	2-11	3 (17,6%)
Несостоятельность швов гастродуодено-анастомоза	7	21-69	6/1	3-9	3 (42,6%)
Несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза (ГЭА)	4	28-76	3/1	6-11	1 (25,0%)
Всего	53	18-80	47/6	2-11	14 (26,4%)

Первую группу составили 28 больных, которым первично выполнена резекция желудка. Из них 5 пациентов были оперированы по поводу декомпенсированного стеноза, 7 – повторной перфорации стенозирующей язвы пилородуоденального канала, 16 больных – по поводу профузных гастродуоденальных кровотечений. У 17 пациентов в раннем послеоперационном периоде возникла несостоятельность швов культи 12 п.к., у 11 – несостоятельность швов гастродуоденоэнтероанастомоза (ГДА). 21 (75%) больной был доставлен по линии санитарной авиации из районов Республики и других лечебных учреждений г. Казани. Мужчин было 25, женщин – 3, возраст больных – от 25 до 79 лет. 23 пациента данной группы подверглись повторным оперативным вмешательствам по экстренным показаниям.

Вторую группу составили 25 пациентов с несостоятельностью швов после ушивания перфоративного отверстия язвы желудка, 12 п.к., из них 7 больных оперированы по поводу перфорации язвы желудка, 18 – по поводу перфорации язвы 12 п.к. 20 (80%) больных доставлены в клинику по линии санитарной авиации из районов Республики и других больниц г. Казани. Мужчин было 21, женщин – 4 в возрасте от 18 до 70 лет. Все пациенты данной группы повторно оперированы по экстренным показаниям (таблица 2).

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств, предшествующих развитию несостоятельности швов ЖКТ

Название операции	Несостоятельность культи 12 п.к.	Несостоятельность ГДА	Несостоятельность ГЭА	Несостоятельность после ушивания перфоративного отверстия язвы
Резекция желудка по Б-1 (прямой ГДА)	-	4	-	-
Резекция желудка по Б-1 (терминолатеральный ГДА)	-	3	-	-
Резекция желудка по Б-2 на длинной петле с межкешечным соустьем	6	-	-	-
Резекция желудка по Б-2 на короткой петле	11	-	4	-
Ушивание по Оппелю-Поликарпову	-	-	-	18
Ушивание по Островскому	-	-	-	7
Всего	17	7	4	25

Нами систематизированы факторы, способствующие развитию несостоятельности швов культи 12 п.к., гастродуоденоэнтероанастомозов:

1. Общие причины – неполноценная предоперационная подготовка у 12 пациентов, гипопроотеинемия, водно-электролитные нарушения, пожилой

возраст и сопутствующие заболевания у 9 пациентов;

2. Местные причины – большие размеры язвы, пенетрация язвы, постбульбарные язвы, множественные язвы, воспалительно-язвенный инфильтрат – у 7 пациентов, дуоденостаз – у 9 пациентов;

3. Технические причины – недостаточная мобилизация 12 п.к. (при несостоятельности культи – 12 п.к.) в 2-х случаях, трудности при укрытии культи у 6 пациентов, отсутствие декомпрессии культи – у 13 пациентов;

4. Технические причины (при несостоятельности гастродуодено энтероанастомозов) – недостаточная или избыточная мобилизация 12 п.к. – у 3-х пациентов, отсутствие назоинтестинальной интубации – у 8 больных.

По нашему мнению, редко одна изолированная причина приводит к развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде, чаще всего осложнение является следствием совокупности нескольких причин. В первой группе пациентов сочетание вышеуказанных причин наблюдалось у 27 больных.

Основными причинами несостоятельности швов ушитых перфоративных отверстий язв желудка, 12 п.к., наряду с вышеуказанными общими и местными причинами, явились технические ошибки, неправильный выбор первичной операции, при наличии стеноза пилородуоденального канала, перфорации каллезной, пенетрирующей язвы, сочетании перфорации с кровотечением.

Несмотря на множество проводимых исследований по диагностике ранних послеоперационных осложнений у больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к., большое количество ошибок и неудовлетворительных исходов хирургического лечения вызывают обоснованную тревогу. Основной причиной этому, на наш взгляд, является отсутствие оптимального диагностического алгоритма, который позволил бы в короткие сроки при стертой клинической картине на основании комплекса инструментальных методов исследования выявить характер осложнения и определить показания к выполнению релапаротомии или проведению консервативной терапии.

В результате сравнительного анализа клинической картины больных с ранними послеоперационными осложнениями нами выделен синдром неблагоприятного течения раннего послеоперационного периода, проявляющийся в неадекватности болевого синдрома, прогрессировании интоксикации и пареза желудочно-кишечного тракта, что является основанием к проведению экстренных диагностических мероприятий [7]. Данный синдром практически постоянно встречается у пациентов с несостоятельностью швов, и выраженность его клинических манифестаций во многом определяется формой осложнения. Выделяют 2 формы клинического течения несостоятельности кишечных швов: острую и стертую. При большом дефекте швов и быстром поступлении кишечного содержимого возникает яркая картина перитонита [9]. Это наблюдается, как правило, на 2-5 сутки после первой операции. Раз-

вите несостоятельности швов возможно и в более поздние сроки – до 2 недель [5]. При возникновении «поздней» несостоятельности швов, особенно при небольшом дефекте в области шва, клиника носит стертый характер. Возможно формирование внутрибрюшного инфильтрата, который регрессирует на фоне консервативной терапии [12].

Согласно разработанной нами классификации, несостоятельность швов культи 12 п.к. и гастроэнтероанастомозов подразделяем на три формы: инфильтративная, первично-свищевая и перитонеальная [8].

Инфильтративная форма проявляется образованием инфильтрата с дальнейшим его рассасыванием или абсцедированием.

Первично-свищевая форма несостоятельности характеризуется выделением по дренажам желудочно-кишечного содержимого, отсутствием проявлений перитонита. Проводится интенсивная терапия с тщательным контролем дебита отделяемого по дренажам. В случаях выделения содержимого более 1,5 л в сутки больной после интенсивной терапии подлежит релапаротомии.

Перитонеальная форма несостоятельности швов является наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита и летальных исходов. При перитонеальной форме содержимое желудочно-кишечного тракта свободно распространяется во все отделы брюшной полости, вызывая при этом картину распространенного перитонита, что обуславливает необходимость выполнения экстренного оперативного вмешательства.

Проявления клинической картины несостоятельности швов культи 12 п.к. наблюдали в сроки от 2 до 11 суток после операции. У 3 пациентов – на 3-и сутки, у 10 – на 4-8-е сутки, у 4 – на 10-11-е сутки. У 9 больных с первых суток после операции появился синдром неблагоприятного течения раннего послеоперационного периода, характеризующийся слабостью, тошнотой, срыгиванием застойного желудочного содержимого, тахикардией, гипертермией, разлитой болезненностью в эпигастрии, правом подреберье. У 2 больных с инфильтративной формой несостоятельности культи 12 п.к. на 7-9 сутки в правом подреберье сформировался инфильтрат. Оба пациента были прооперированы на 8-е сутки в связи с формированием подпеченочного абсцесса, одному из них произведено дренирование подпеченочного абсцесса под ультразвуковым наведением. У 3-х пациентов развилась первично-свищевая форма несостоятельности культи 12 п.к. Свищ сформировался на 4-5-е сутки и проявлялся истечением дуоденального содержимого по дренажам. Учитывая отсутствие картины распространенного перитонита, всем проводили консервативную терапию. Один пациент был повторно оперирован ввиду больших потерь по дренажам.

У 12 больных имела место перитонеальная форма несостоятельности культи 12 п.к., которая развилась на 5-7 сутки после первой операции. Диагностический алгоритм при несостоятельности культи 12 п.к. включает выявление проявлений синдрома

неблагополучного течения раннего послеоперационного периода; ультразвуковое исследование брюшной полости с визуализацией свободной жидкости, пареза ЖКТ. Под ультразвуковым наведением целесообразно выполнение пункции и дренирования жидкостного образования с последующим бактериологическим исследованием экссудата и определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Производится обзорная рентгенография брюшной полости, компьютерная томография с контрастированием; при сомнениях в постановке диагноза и принятия окончательного решения о дальнейшей лечебной тактике выполняется видеолaparоскопия.

Клиническая картина несостоятельности анастомозов у больных, оперированных в нашей клинике и переведенных из других лечебных учреждений, развивалась на 3-11 сутки после операции (рис. 1).

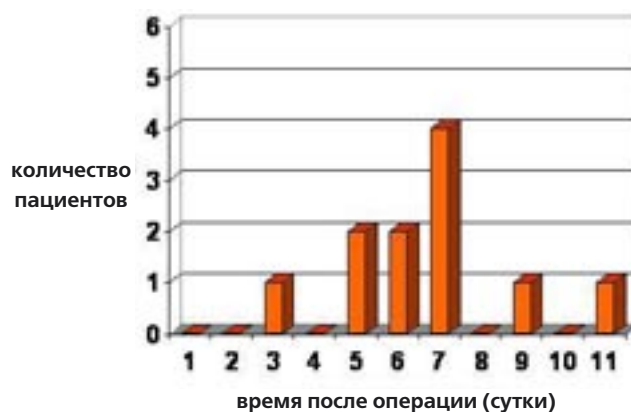


Рис. 1. Сроки развития несостоятельности швов

Проявления несостоятельности гастродуоденоэнтероанастомозов характеризуются своим многообразием, а порою стертой перитонеальных симптомов. Это напрямую зависит от формы и степени несостоятельности швов анастомоза, анатомической ситуации, сложившейся к моменту развития его несостоятельности, уровня расположения анастомоза, вида операции и распространенности воспалительного процесса. Как правило, первым проявлением несостоятельности гастродуоденоанастомоза являются боли в эпигастрии, правом подреберье. Боли в левом подреберье и левых отделах живота более характерны для несостоятельности гастроэнтероанастомоза. При анализе клинических проявлений только у 2 пациентов течение послеоперационного периода не вызывало беспокойства. У 9 больных с первых суток после операции наблюдались клинические проявления синдрома неблагоприятного течения раннего послеоперационного периода: слабость, чувство тяжести и боли в эпигастрии, усиливающиеся при повороте тела, икота, тошнота, отрыжка, срыгивание застойным желудочным содержимым, повышение температуры тела. Незамедлительно выполнялся диагностический алгоритм, включающий оценку клинико-объективных и лабораторных данных, результатов рентгеноскопии и рентгенографии же-

лудка с водорастворимым контрастом, ультразвукового сканирования органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопии, по показаниям видеолапароскопии. Если при динамическом наблюдении нарастали проявления неблагоприятного течения послеоперационного периода - выполнялась релапаротомия.

У пациентов второй группы клинические проявления несостоятельности швов ушитого перфоративного отверстия язвы желудка или 12 п.к. развились также на 3 - 11 сутки после операции (рис. 2).

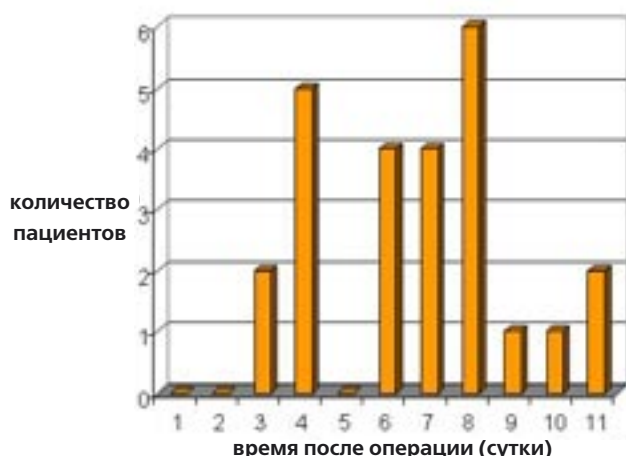


Рис. 2. Сроки наступления клинических проявлений при несостоятельности ушитого перфоративного отверстия язвы желудка, 12 п.к.

У 7 больных диагноз несостоятельности установлен на основании клинической картины внезапно развившегося распространенного перитонита. У 18 пациентов клиническая картина с первых суток после операции характеризовалась проявлениями синдрома неблагоприятного течения раннего послеоперационного периода.

Диагностический алгоритм при несостоятельности швов ушитого перфоративного отверстия язвы желудка или 12 п.к. аналогичный, как и у пациентов первой группы.

Тактика лечения больных с несостоятельностью швов 12 п.к. определялась ее формой. У больных с инфильтративной формой несостоятельности швов культи 12 п.к. проводили консервативную терапию, заключающуюся в декомпрессии культи 12 п.к. через зонд, установленный при эндоскопии; антибактериальная терапия; коррекция водно-электролитного баланса; введение белковых препаратов, ингибиторов протеаз. При первично-свищевой форме, помимо вышеперечисленного, проводится активная аспирация дуоденального содержимого по дренажам из брюшной полости и его возврат через назоинтестинальный зонд, энтеральное питание, защита кожных покровов в области свища, многослойным нанесением медицинского клея, цинковой мази или пасты, облучение инфракрасным лазерным излучением.

Перитонеальная форма несостоятельности швов культи 12 п.к. является абсолютным показанием к

экстренному оперативному вмешательству. Целью операции является устранение поступления дуоденального содержимого, декомпрессия 12 п.к., санация и дренирование брюшной полости, отграничение свободной брюшной полости от возможного попадания кишечного содержимого. У 5 пациентов во время операции удалось выделить культю 12 п.к. из инфильтрата и выполнить ушивание дефекта культи и её дренирование трансназальным зондом. У 3 пациентов после резекции желудка по Брауну при плотном инфильтрате в подпеченочном пространстве, небольших размерах дефекта в культе с малым количеством дуоденального отделяемого ограничили дренированием области культи пассивными и активными дренажами, подведением отграничивающих перчаточных дренажей.

Считаем важным условием при ушивании дефекта культи 12 п.к. дополнительной её мобилизации с пересечением связки Клермона, фиксирующей нижнегоризонтальную часть 12 п.к., что позволяет снять натяжение по линии сшиваемых тканей при сохранении адекватного кровоснабжения. Обязательным является проведение назоинтестинального зонда в отводящую петлю с целью нутритивной поддержки. У одного пациента с первично-свищевой формой несостоятельности швов культи 12 п.к. с отделяемым по дренажам более 1,5 л и у 4 пациентов с перитонеальной формой несостоятельности, со значительными размерами дефекта и невозможностью обеспечить герметичность формировали дуоденоюноанастомоз с межкишечным соустьем по разработанной в клинике методике (патент №2184493, 2002г.).

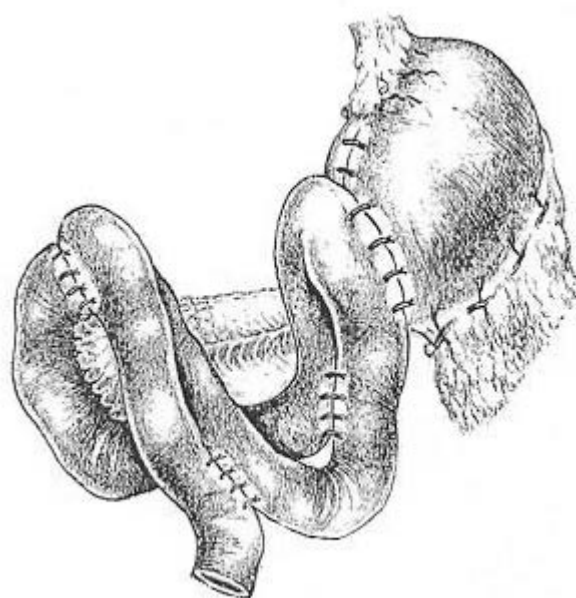


Рис. 3. Дуоденоюноанастомоз с межкишечным соустьем

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия, направленная на купирование синдрома полиорганной недостаточности,

поддержание энергетического баланса, коррекцию белкового и водно-электролитного обмена, устранение анемии, подавление внешней секреторной функции поджелудочной железы, антибактериальная терапия. 6 больным в послеоперационном периоде потребовались плановые санации брюшной полости в сочетании с УФЛ-облучением брюшины (у 2 санация проведена 3 раза, у 2 – 2 раза и у 2 – 1 раз). В 3-х случаях у пациентов с перитонеальной формой несостоятельности культи 12 п.к. наступил летальный исход в связи с прогрессированием синдрома полиорганной недостаточности.

Выбор метода лечения больных с несостоятельностью желудочно-кишечного анастомоза прежде всего зависел от наличия или отсутствия явлений перитонита. Во всех 11 наблюдениях развилась перитонеальная форма несостоятельности. Размеры несостоятельности анастомозов варьировали от 0,3 см до тотальной. Чаще всего наблюдалась несостоятельность передней и передневерхней части анастомоза. В 4-х случаях несостоятельности гастроэнтероанастомоза проводили ушивание дефекта с укреплением линии швов прядью сальника (2 пациента), а также с использованием раневого покрытия «ТахоКомб». При несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза во всех случаях провели разобщение анастомоза с последующим переводом его в Бильрот-2 в связи с большим дефектом в соустье. Всем пациентам была выполнена реконструктивная операция по разработанной нами методике, суть которой заключается в формировании гастроэнтероанастомоза на длинной петле по Ру с дуоденоюноанастомозом «конец в бок», что представлено на рис. 4 (патент № 2325853, 2008г.).

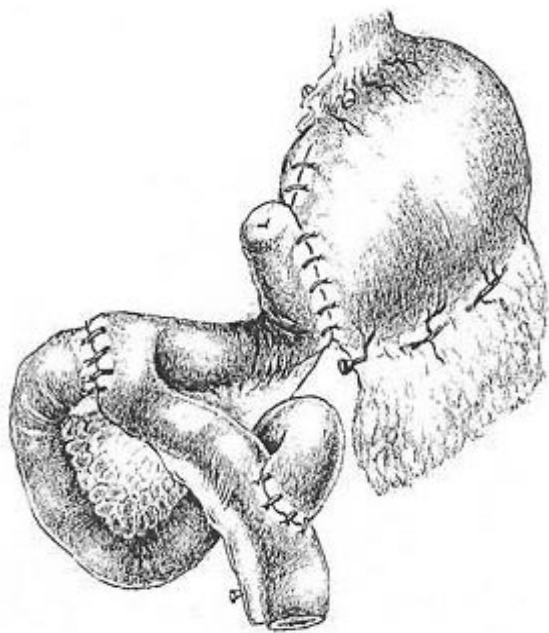


Рис. 4. Способ оперативного лечения при несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза

Обязательным условием является проведение в ходе операции назоинтестинального зонда в отводящую петлю с целью энтерального питания. 5 паци-

ентов в послеоперационном периоде подверглись повторным санациям брюшной полости, которые дополнялись УФЛ-облучением брюшной полости. Летальных исходов – 4 (1 – при несостоятельности гастроэнтероанастомоза, 3 – при несостоятельности гастродуоденоанастомоза); причиной явилось прогрессирование перитонита и развитие синдрома полиорганной недостаточности.

При анализе причин несостоятельности швов ушитого прободного отверстия установлено, что основной причиной развития осложнения в большинстве наблюдений были ошибки, допущенные при выборе метода первичной операции, неполноценные санация и дренирование брюшной полости, неадекватные меры по профилактике и лечению пареза желудочно-кишечного тракта. Так, у 14 больных при релапаротомии было установлено наличие пилорoduоденального стеноза, у 7 больных – перфорация каллезной и пенетрирующей язвы, что изначально предполагало выполнение первичной резекции желудка. У 4 пациентов не была проведена декомпрессия желудка и 12 п.к.

Исходя из установленных во время релапаротомии причин несостоятельности швов, в 13 наблюдениях произведена резекция 2/3 желудка. У 3 больных в связи с наличием большой каллезной язвы залуковичного отдела 12 п.к., невозможностью формирования прямого гастродуоденоанастомоза, трудностями ушивания культи 12 п.к. была выполнена резекция желудка по разработанной нами методике (рис.4).

В 5 наблюдениях повторное ушивание перфоративного отверстия сочеталось с двухсторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией, гастроэнтеростомией по Вельфлеру-Брауну. У 4 больных вновь произведено ушивание перфоративного отверстия и его укрытие раневым покрытием «ТахоКомб», декомпрессия желудка и 12 п.к. Во всех наблюдениях операция включала тщательную санацию и адекватное дренирование брюшной полости. Таким образом, основными причинами, приводящими к несостоятельности швов ушитого перфоративного отверстия, являются ошибки, допускаемые хирургами при определении метода первичной операции. Проведенный анализ показывает, что при перфорации осложненных язв желудка, 12 п.к. методом выбора являются первичная резекция желудка, ушивание перфоративного отверстия с двухсторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией, гастроэнтеростомией. Ушивание перфоративного отверстия, иссечение прободной язвы с последующей пилоропластикой и ваготомией показаны при перфорации простых язв желудка и 12 п.к.

У больных с несостоятельностью швов ушитого прободного отверстия больших каллезных, стенозирующих и пенетрирующих язв показана резекция желудка. При технических проблемах формирования желудочно-кишечного анастомоза или культи 12 п.к. возможно выполнение резекции желудка с дуоденоюноанастомозом по разработанной нами методике. Повторное ушивание прободного отверстия в сочетании с двухсторонней поддиафраг-

мальной стволовой ваготомией, гастроэнтеростомией у больных с осложненной язвенной болезнью показано в случаях наличия тяжелого распространенного перитонита, высокого риска выполнения радикальной операции. Ушивание прободного отверстия при релапаротомии без иссечения язвы и дренирующих операций выполняется у больных без признаков пилородуоденального стеноза.

Выводы

1. Вероятность развития несостоятельности швов ЖКТ после операций у больных с осложненной язвенной болезнью желудка и 12 п.к. постоянно сохраняется, несмотря на применение всего арсенала профилактических мероприятий на всех этапах лечения. Необходимо осторожное отношение хирурга к малейшим признакам, свидетельствующим о неблагоприятном течении раннего послеоперационного периода.

2. Диагностический комплекс обследования при неблагоприятном течении раннего послеоперационного периода включает оценку клинико-объективных и лабораторных данных, ультразвуковое сканирование брюшной полости; по показаниям - ЭФГДС, рентгеноконтрастное исследование ЖКТ, КТ, видеолaparоскопию.

3. Ведение больных с инфильтративной и первично-свищевой формами несостоятельности швов чаще консервативное; перитонеальная форма несостоятельности является абсолютным показанием к экстренной релапаротомии.

4. При невозможности ушивания культи 12 п.к. или дефекта гастродуоденоанастомоза показаны реконструктивные операции, заключающиеся в первом случае в формировании дуоденоюноанастомоза на длинной петле, во втором - перевод Б-I в Б-II по Ру также с наложением дуоденоюноанастомоза.

5. При несостоятельности ушитого прободного отверстия у больных с большими каллезными, стенозирующими и пенетрирующими язвами показана резекция желудка. При технических проблемах формирования культи 12 п.к. возможно выполнение резекции желудка по разработанным нами методикам.

6. Повторное ушивание прободного отверстия в сочетании с 2-х сторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией, гастроэнтеростомией показано в случаях наличия распространенного перитонита, высокого риска выполнения радикальной операции.

7. Повторное ушивание прободного отверстия без иссечения язвы и дренирующих операций выполняется у больных без признаков пилородуоденального стеноза.

Список литературы

1. Асадов С.А., Салехов Я.С., Алиев Э.Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу трудных язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78-81.
2. Власов А.П. Комплексная профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 24-28.
3. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки. - М.: Мед. информ. аг-во, 2005. – 400 с.
4. Гулов М.К. Профилактика несостоятельности швов культи 12 п.к. после резекции желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – М.: Анахарсис, 2005. – № 2. – С. 56-58.
5. Дарвин В.В., Воевода Е.П., Рабин И.Р. и др. Послеоперационные осложнения при резекции желудка по поводу язвенной болезни // Лучевая и клиническая диагностика послеоперационных осложнений. – Караганда, 1993. – С. 53-55.
6. Коновалов С.В., Синеченко Г.И., Виноградов И.А. и др. Особенности клинической картины и диагностики несостоятельности швов гастродуоденального анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка // Клинические и экспериментальные исследования. – 2007. – № 1. – С. 128-130.
7. Красильников Д.М., Хайруллин И.И., Фаррахов А.З. Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. - Казань: Медицина. – 2005. – 75 с.
8. Красильников Д.М., Федоров В.В., Хайруллин И.И. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: уч. пособие. – Казань. – 1998. – 34 с.
9. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1990. – 186 с.
10. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. - Киров: Вятка, 2002. – 215 с.
11. Синеченко Г.И., Долгопрудов М.И., Михайлов А.П. и др. Способ укрытия «трудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 37-41.
12. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. - М.: Два Мира Прин, 2000. – 224 с.
13. Budizin N., Budizin E., Golubovic A. Early complications following total gastrectomy // J. Surg. Oncol. – 2001. – Vol. 77. – №1. – P. 35-41.