На правах рукописи

Харин Игорь Вячеславович

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Самара 2017

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Белоконев Владимир Иванович**

Официальные оппоненты:

Курбонов Каримхон Муродович, академик Академии медицинских наук Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор, «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан, кафедра хирургических болезней №1, заведующий кафедрой.

Власов Алексей Петрович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, кафедра факультетской хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии, заведующий кафедрой.

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2017 г. в 11^{00} часов на заседании диссертационного совета Д.208.085.01 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443079, г. Самара, просп. Карла Маркса, 165Б).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 171) и на сайте (http://www.samsmu.ru/science/referats).

Автореферат разослан «__» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук **Долгушкин Дмитрий Александрович**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В течение последних 10 – 15 лет число осложненных гастродуоденальных язв увеличилось на 10 – 50% (Ермолов и соавт., 2014; Толстокоров А.С. и соавт., 2015). Эта тенденция обусловлена, с одной стороны, успехами консервативного лечения язвенной болезни (ЯБ) (Акжигитов А.Г., 2009; Курбонов К.М. и соавт., 2012; Wang I.R. et al., 2010), а с другой – низким комплаенсом пациентов к противоязвенной терапии (Афендулов С.А., 2005; Труш О.В., 2007; Яковченко А.В., Новиков А.А., 2015), приводящим к снижению плановой оперативной активности (Замятин В.В. и соавт., 2003; Тарасенко С.В. и соавт., 2015). Следует отметить, что летальность при плановых резекциях желудка сохраняется в пределах 4,2–6,8%, а при экстренных операциях достигает 16,8% (Корчагина Г.Н. и соавт., 2016). Анализ показателей здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Самарской области за 2011–2015 гг. свидетельствует о росте летальности среди пациентов с ЯБ в хирургических отделениях с 2,81% до 3,7% (Корчагина Г.Н. и соавт., 2016). У пациентов все чаще отмечают сочетания осложнений: перфорация на фоне пилородуоденального стеноза (ПДС), кровотечение из пенетрирующей язвы, а также кровотечение или перфорация в сочетании с пенетрацией и ПДС (Курбонов К.М. и соавт., 2012; Калжикеев А.М., 2012; Яковченко А.В., Котаев А.Ю., 2015). Выполнение ургентных операций в сложных анатомических условиях, обусловленных длительным течением заболевания, грубыми рубцовыми изменениями, пенетрацией язвы в соседние органы, способствует росту числа послеоперационных осложнений (Никитин Н.А., 2010; Власов А.П. и соавт., 2012; Tan K.K. et al., 2012). Наиболее опасным из них является несостоятельность швов желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК) и анастомозов, приводящая к развитию перитонита, сопровождающегося летальностью от 46 до 80% (Савельев В.С., Петухов В.А., 2012; Каминский И.В., 2015). По данным Н.А. Бородина (2007), 77,4% всех умерших от осложнений ЯБ составляют пациенты, погибшие вследствие послеоперационной несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов. Несостоятельность швов приводит к образованию высоких желудочных и дуоденальных свищей 1, 2, 3 и 4 типов, лечение которых является

сложнейшей хирургической задачей (Белоконев В.И., Измайлов Е.П., 2005; Городецкий Е.Б., 2014; Tsuei B.J., Schwartz R.W., 2004). Выбор тактики и способов оперативного лечения остается предметом дискуссий. Перед хирургом встает дилемма: ограничиться наиболее простым вмешательством во имя спасения жизни пациента или выполнить полноценное реконструктивное вмешательство (Бородин Н.А., 2008; Каншин Н.Н., 2007).

Степень разработанности темы исследования

В отдельных исследованиях, посвященных хирургической тактике при лечении перфоративных гастродуоденальных язв, показано, что ближайшие и отдаленные результаты после резекции желудка значительно лучше, чем после ушивания язвы при сравнимой послеоперационной летальности (Вачев А.Н. и соавт., 2011; Корытцев В.К. и соавт., 2011; Козлов А.А., 2011; Чернышев В.Н., Корымасов Е.А., 2012). Однако необходимость выполнения первично-реконструктивных операций у пациентов с несостоятельностью ранее ушитой язвы остается дискутабельной. Ряд авторов допускает повторное ушивание свища вследствие несостоятельности ушитой перфоративной язвы или его иссечение в сочетании с ваготомией (Красильников Д.М. и соавт., 2013; Ермолов А.С. и соавт., 2014). В то же время А.Н. Бородин (2008) считает необходимым выполнение первично-реконструктивных операций при свищах вследствие несостоятельности ушитой перфоративной язвы и гастродуоденоанастомоза (ГДА). Таким образом, в настоящее время не решен вопрос выбора объема и способа операции при свищах вследствие несостоятельности ГДА, гастроэнтероанастомоза (ГЭА) и ушитых перфоративных язв. В практической хирургии успешно применяются способы лечения несостоятельности культи ДПК, направленные на формирование трубчатого свища (Брюсов П.Г. и соавт., 1998; Каншин Н.Н., 2007; Ермолов А.С. и соавт., 2014; Isik B., 2007). Формирование наружного дуоденального свища, спасая пациента от перитонита, в то же время, создает опасность прогрессирующего истощения (Белоконев В.И., Измайлов Е.П., 2005; Захараш М.П. и соавт., 2012; Скипенко О.Г. и соавт., 2016; Sabrido J.L.G., Jimenes W.V., 2014). Противоречивость имеющихся рекомендаций по выбору тактики и способов лечения пациентов со свищами вследствие

несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв определило цель и задачи исследования.

Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв путем совершенствования хирургической тактики и техники выполнения оперативных вмешательств.

Задачи исследования

1. Определить частоту основных факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов у пациентов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв.
2. Изучить частоту различных клинических форм несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв и факторы, влияющие на результаты лечения пациентов.
3. Усовершенствовать тактику выбора объема и способа повторного вмешательства у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв.
4. Разработать новые оперативные вмешательства у пациентов со свищами вследствие несостоятельности культи ДПК.
5. Оценить эффективность усовершенствованной хирургической тактики лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв с позиций доказательной медицины.

Научная новизна

Впервые предложены и применены: способ дуоденостомии (патент РФ №2533016 от 11.06.2013 г., авторы: Бабаев А.П., Белоконев В.И., Харин И.В.), способ закрытия свища при несостоятельности культи ДПК (патент РФ №2565096 от 5.12.2014 г., авторы: Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Харин И.В., Гуляев М.Г.), способ мышечной пластики дуоденального свища (рац. предложение №293 от 24.11.2014 г., авторы: Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Харин И.В.).

Определена частота факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв.

Изучены факторы, влияющие на результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв.

Обоснованы принципы выбора оптимального способа операции у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв в зависимости от объема первичного вмешательства и типа свища.

Теоретическая и практическая значимость работы

Изучение факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов позволяет разработать приемы, направленные на ее профилактику во время выполнения первичных операций у пациентов с осложненными гастродуоденальными язвами.

Усовершенствованная хирургическая тактика позволяет применять дифференцированный подход к ведению пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв.

Предложенный автором способ дуоденостомии позволяет купировать перитонит и сформировать управляемый дуоденальный свищ при несостоятельности культи ДПК. Разработанные способы мышечной пластики дают возможность окончательно закрыть истощающий дуоденальный свищ.

Методология и методы исследования

Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении литературных данных по профилактике и лечению свищей вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв. В соответствии с поставленной целью и задачами был разработан план выполнения всех этапов диссертационной работы; выбраны объекты исследования и подобран комплекс современных методов исследования. Объектом исследования стали пациенты со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу

осложненных гастродуоденальных язв. В процессе исследования были использованы клинические (физикальные), лабораторные, инструментальные (ультразвуковое исследование, рентгенография, компьютерная томография), интраоперационная макроскопическая оценка тканей, методы доказательной медицины и клинико-статистические методы.

Положения, выносимые на защиту

1. Наиболее значимыми факторами, предрасполагающими к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв, являются: патологические изменения тканей в зоне расположения язвы, сочетание двух и более осложнений ЯБ, нерациональный объем и способ первичной операции, некомпенсированная анемия, гипопротеинемия, пожилой и старческий возраст пациентов, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.
2. Тактика ведения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв зависит от клинической формы несостоятельности швов, типа и локализации свища, стадии и распространенности перитонита.
3. Вариантами повторного вмешательства у больных со свищами вследствие несостоятельности швов после ушивания язвы ДПК является ваготомия с пилоропластикой по Финнею или резекция желудка; а при свищах после органосохраняющих вмешательств – резекция желудка. Операцией выбора при свищах вследствие несостоятельности ГДА является ререзекция желудка по Бильрот II в модификации Рейхеля или Бальфура, при свищах ГЭА – допустимо ушивание, а при невозможности надежного ушивания показана ререзекция желудка по Ру.
4. При свищах 1 и 2 типа вследствие перитонеальной и инфильтративной формы несостоятельности культи ДПК показаны различные варианты дуоденостомии, а при свищах 3 типа вследствие первично-свищевой формы несостоятельности культи ДПК возможно консервативное лечение на фоне нутритивной поддержки.

Степень достоверности результатов проведенного исследования

Достоверность научных положений и выводов базируется на достаточном объеме данных и первичного материала, современных методах исследования и статистической обработке данных. Полученные результаты исследования проанализированы с помощью традиционных методов описательной статистики с использованием вариационного, регрессионного, дисперсионного, системного многофакторного анализа. Математическую обработку результатов исследования проводили с учетом современных требований доказательной медицины. Для статистической обработки полученных результатов применялся персональный компьютер с процессором Intel Atom CPU N270 в среде Windows XP Home Edition SP3 с использованием программ Microsoft Office Excel 2007, Microsoft Office Access 2007 и статистического пакета Statistica 6.0 фирмы STATSOFT.

Апробация результатов исследования

Основные материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на II Всероссийской конференции с международным участием студентов и молодых ученых в рамках «Дней молодежной медицинской науки ОрГМА», посвященной памяти чл.-корр. АМН СССР, профессора Ф.М. Лазаренко (г. Оренбург, 2013 г.); на международной конференции «Молодые учёные 21 века – от современных технологий к инновациям» в рамках ежегодных «Аспирантских чтений» (г. Самара, 2014 г.); на VIII Всероссийской конференция общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию СамГМУ (г. Самара, 2014).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в работу хирургических отделений ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина». Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Личный вклад автора в получении результатов, изложенных в диссертации

Автором определены цель и задачи научного исследования, проведен подробный обзор отечественной и зарубежной литературы, разработан и выполнен план исследования. Диссертант лично производил набор первичного материала и его систематизацию. Соискатель участвовал в клиническом обследовании пациентов, осуществлял динамическое наблюдение за больными после операций по поводу осложненных язв желудка и ДПК, принимал участие в повторных операциях в качестве ассистента. Диссертант лично осуществлял статистическую обработку материала и подготовку его к публикации. Рисунки, схемы и диаграммы в диссертации выполнены лично автором. Диссертант активно участвовал во внедрении разработанных методов в работу хирургической службы практического здравоохранения.

Связь темы диссертации с планом основных научно-исследовательских работ университета

Работа выполнена в рамках комплексной научной темы кафедры хирургических болезней № 2 «Совершенствование способов хирургического лечения и реабилитации больных с заболеваниями и травмами органов грудной и брюшной полостей, малого таза и эндокринной патологией» ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. Номер государственной регистрации темы – 01201151896.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 14.01.17 – хирургия по нескольким областям: «Изучение причин, механизмов развития и распространенности хирургических заболеваний», «Обобщение интернационального опыта отдельных стран, разных хирургических школ и отдельных хирургов», «Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения хирургических болезней и их внедрение в клиническую практику», «Усовершенствование методов диспансеризации и профилактики хирургических заболеваний».

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 3 – в журналах, включенных ВАК Минобрнауки РФ в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные

результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук. Получены 2 Патента РФ на изобретение, 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 208 страницах машинописного текста и состоит из введения, основной части (обзор литературы, 3 главы собственных исследований, обсуждение), заключения (выводы, практические рекомендации, перспективы дальнейшей разработки темы) и списка литературы. Библиографический указатель содержит 296 наименований источников, из них 216 отечественных и 80 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 31 таблицей и 27 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Работа основана на анализе лечения 112 пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов, развившейся после операций, выполненных по поводу осложненных язв желудка и ДПК. Под термином «несостоятельность швов» подразумевали осложнение раннего послеоперационного периода, характеризующееся просачиванием содержимого желудка, ДПК или тощей кишки через линию швов. Под термином «свищ» понимали патологическое сообщение просвета полых органов желудочно-кишечного тракта с брюшной и грудной полостями, между собой, с окружающими тканями и внешней средой с развитием перитонита, абсцесса, флегмоны или без развития вышеуказанных осложнений (Белоконев В.И., Измайлов Е.П., 2005). В исследование включены больные, находившиеся на стационарном лечении в больницах города Самары (Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самарская городская клиническая больница №8), являющихся клиническими базами ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, в период с 2002 по 2015 годы. У всех пациентов получено информированное добровольное согласие на обработку персональных данных и использование результатов их обследования и лечения в научных целях. Из исследования были исключены пациенты со свищами желудка и ДПК, развившимися после операций по поводу осложненных

гастродуоденальных язв, но локализующимися вне линии швов, наложенных во время первичного вмешательства.

Из 112 пациентов, включенных в исследование, 10 – вели консервативно. Остальные 102 пациента, оперированные повторно, были разделены на 3 группы в зависимости от локализации свища (рис. 1). При выделении групп исходили из того, что принципы хирургического лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности культи ДПК и желудочно-кишечных анастомозов различны.

Рис. 1. Распределение пациентов по группам исследования

В первую группу вошел 21 пациент с несостоятельностью культи ДПК.

Во вторую группу включены 49 пациентов с несостоятельностью желудочно-кишечных анастомозов (ГДА и ГЭА).

Третью группу составили 32 пациента с несостоятельностью швов после органосохраняющих операций (ушивание, иссечение язвы, гастродуоденотомия с пилоропластикой, резекция малой кривизны желудка (РМКЖ)).

При лечении пациентов второй и третьей групп использовали 2 различных подхода: первично-реконструктивные вмешательства (резекция и перезекция желудка, гастрэктомия) – у 45 больных и нерадикальные операции (ушивание, отграничение, дренирование, выключение свища) – у 36 пациентов. Для сравнительной оценки эффективности данных подходов среди пациентов 2 и 3 групп были выделены подгруппы А и Б (рис. 1).

Возраст пациентов колебался от 22 до 88 лет, средний возраст составил 57,3±14,5 лет. Мужчин было 81 (72,3%), женщин – 31 (27,7%), соотношение мужчин и женщин – 2,6:1.

Тяжесть состояния пациентов и выраженность эндогенной интоксикации оценивали по шкале SAPS II. Для оценки тяжести перитонита у пациентов в группах был использован Мангеймский индекс перитонита (МИП) (Linder M. et al., 1992). Для объективной оценки интраоперационной картины у пациентов с перитонитом проводили расчет индекса брюшной полости (ИБП) (Савельев В.С. и соавт., 2013). Сравнение пациентов по ИБП и МИП, тяжести состояния в баллах шкалы SAPS II, по полу и возрасту, сопутствующим заболеваниям не выявил статистически значимых различий между подгруппами А и Б ($p>0,05$).

Распределение пациентов в зависимости от локализации свищей представлено в таблице 1.

Таблица 1

Локализация свищей вследствие несостоятельности швов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв

Локализация свища	Число пациентов n=112	
	абс.	%
Несостоятельность ГДА	45	40,2
Несостоятельность культи ДПК	25	22,3
Несостоятельность ГЭА	8	7,1
Несостоятельность швов пилоропластики	12	10,7
Несостоятельность ушитой язвы	20	17,9
Несостоятельность после РМКЖ	2	1,8

Для определения типа свища использовали классификацию В.И. Белоконева и Е.П. Измайлова (2005), а для определения формы несостоятельности – классификацию Д.М. Красильникова и соавт. (2005). Стадию перитонита по

классификации В.Н. Чернова и Б.М. Белика (2002) определяли на основании интраоперационных критериев, разработанных Л.Б. Гинзбургом в 2009 г.

У пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов были применены следующие методы исследования: клинические (физикальные), лабораторные, инструментальные, микробиологические, морфологические, клинико-статистические.

Инструментальные методы исследования включали обзорную рентгенографию брюшной полости и контрастную рентгеноскопию желудка и ДПК, ультрасонографию (Sonoace X6, Aloka SSD 256, Toshiba SDL, Acceson 128-XP, Combison 530, Sogig-5, Voluson Expert с датчиками частоты от 2 до 8 МГц) и компьютерную томографию (Phillips Brilliance 64).

Статистический анализ проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0 (непараметрическая статистика) и Microsoft Excel 2007 (описательная статистика). Для сравнения категориальных переменных проводили анализ таблиц сопряженности с помощью точного критерий Фишера (F) и критерия согласия Пирсона (χ^2), с поправкой Йетса ($Y\chi^2$) при размерности таблиц 2*2. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. При представлении результатов рассчитывали показатели, предусмотренные доказательной медициной (Котельников Г.П., Шпигель А.С., 2012).

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Факторы, предрасполагающие к развитию несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов

При анализе структуры осложнений ЯБ было установлено, что у 69 (61,6%) пациентов имело место сочетание двух и более осложнений, таких как кровотечение, перфорация, пенетрация и ПДС.

Различные факторы, затрудняющие проведение вмешательства, отмечены у 99 (88,4%) пациентов: воспалительный периульцерозный инфильтрат – у 55 (49,1%), пенетрация в соседние органы – у 61 (54,5%), рубцовая деформация – у 38 (33,9%), спаечный процесс – у 26 (23,2%) пациентов.

Язвы постбульбарной локализации наблюдали у 10 (8,9%), сочетанные и множественные – у 20 (17,9%), большие (более 2 см) – 26 (23,2%), гигантские – у 36 (32,1%) пациентов.

На основании ретроспективной оценки историй болезни установлено, что у 18 (16,1%) пациентов был выбран необоснованный объем, а у 38 (33,9%) – нерациональный способ первичной операции.

Среди общих факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов, постгеморрагическая анемия выявлена у 61 (54,5%), некомпенсированная гипопротеинемия у 23 (20,5%) пациентов. Тяжелыми сопутствующими заболеваниями страдали 67 (59,8%) пациентов. Больных пожилого возраста (60 – 74 года) было 35 (31,3%), а старческого (старше 75 лет) – 14 (12,5%).

Факторы, влияющие на результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов

При анализе повторных операций установлено, что у 45 (44,1%) из 102 пациентов релапаротомия выполнена в сроки, превышающие 12 часов после манифестации несостоятельности швов. Причиной задержки повторной операции у 25 (24,5%) пациентов была стертость клинической картины, проявляющейся неразрешающимся парезом кишечника, нарушением эвакуации из культи желудка, нарастанием эндогенной интоксикации. У 80 (71,4%) пациентов диагноз подтверждали наличием характерного отделяемого по дренажам, однако, у 24 (21,4%) дренажи были удалены до развития осложнений, а у 13 (11,6%) – не обеспечивали адекватного дренирования. Установлено, что летальность среди пациентов, прооперированных в течение первых суток после манифестации свища, составила 52,9%, в сроки более суток – 67,9%. Следовательно, чем раньше определены показания к операции, тем лучше условия для ее выполнения.

Отмечено, что летальность среди пациентов с сопутствующими заболеваниями составляла 70,1%, что вдвое выше, чем у больных с неотягощенным фоном (35,6%) (χ^2=11,72; p=0,0006). Наименьшую летальность (35,0%) выявляли среди пациентов молодого возраста, наибольшую (85,7%) – среди пациентов старше 75 лет (χ^2=9,84; p=0,043). Таким образом, на исход лечения свищей вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов оказывали влияние следующие факторы: скрытое течение осложнения, позднее

выполнение релапаротомии, пожилой возраст пациента и наличие сопутствующих заболеваний.

Результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв

Выбор способа лечения пациентов зависел от типа, клинической формы и локализации свища. Перитонеальная форма с формированием свища 1 типа была у 64 (57,1%) пациентов, инфильтративная (с формированием свища 2 типа) – у 16 (14,3%), первично-свищевая (с формированием свищей 3 и 4 типов) – у 32 (28,6%).

Консервативная тактика была применена у 10 больных со свищами 3 типа. В результате лечения у 7 (70%) пациентов свищи закрылись самостоятельно, и наступило выздоровление. 3 (30%) больных умерли, из них 2 – в связи с прогрессирующим истощением, 1 – на фоне сепсиса и тяжелой пневмонии.

В первой группе свищи 1 типа были у 15 (71,4%) пациентов, 2 типа – у 1 (4,8%), 3 типа – у 5 (23,8%). Ушивание свищей, манифестировавших в течение первые 3 суток, выполнено у 3 пациентов, из которых умерли 2. У 3 пациентов во время релапаротомии свищ идентифицировать не удалось, поэтому объем операции был ограничен санацией, тампонадой и дренированием брюшной полости (умерли 2). Для лечения свищей 1, 2 и 3 типов вследствие несостоятельности культи ДПК нами был предложен (патент РФ №2533016 от 11.06.2013 г.) способ дуоденостомии (рис. 2). Способ заключался в том, что в просвет ДПК (а) через дефект линии швов заводили катетер Фолея (б) диаметром от 12 до 18 по шкале Ch/Fr, манжету которого (в) раздували воздухом под контролем пальцев хирурга до полной обтурации просвета кишки. Свищевое отверстие при необходимости ушивали до диаметра катетера нерассасывающейся нитью на атравматической игле, укрепляя линию шва с помощью пряди большого сальника или мобилизованной круглой связки печени (г).

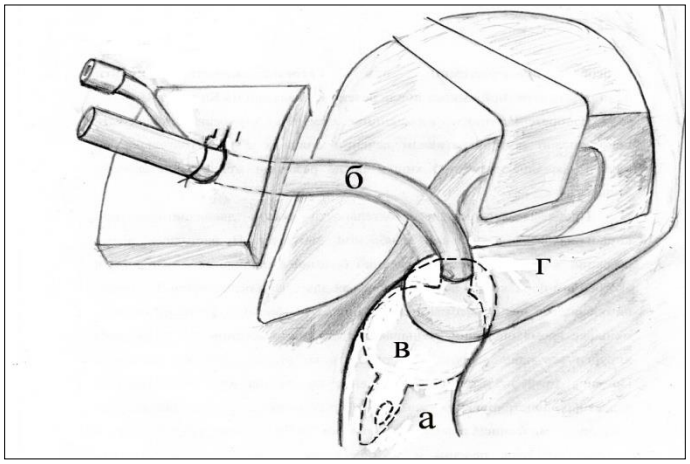

Рис. 2. Способ дуоденостомии с помощью катетера Фолея

Дуоденостома на протяжении была сформирована у 7 пациентов (умерли 4), с помощью катетера Фолея – у 4 (умерли 2), на сквозных дренажах – у 4 (умерли 2). Всего из 21 пациента со свищами вследствие несостоятельности культи ДПК умерли 12 (57,1%). После дуоденостомии умерли 8 пациентов из 15 (53%), а при попытках закрытия или тампонады свища 4 из 6 (67%). Таким образом, формирование дуоденостомы при свищах вследствие несостоятельности культи ДПК позволило снизить летальность на 14%.

Во вторую группу вошли 42 пациента со свищами ГДА и 7 – со свищами ГЭА. Свищи 1 типа (перитонеальная форма несостоятельности) были у 32 (65,3%) пациентов, 2 типа (инфильтративная форма) – у 11 (22,5%), 3 типа (первично-свищевая форма) – у 6 (12,2%). Из 49 пациентов второй группы умерли 25 (51,0%). Способы лечения пациентов и их результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Способы лечения пациентов второй группы и их результаты*

Способ оперативного лечения	Локализация свища		Всего
	ГДА	ГЭА	
Ушивание свища	6(3)	5(3)	11 (6)
Тампонада брюшной полости	3(1)	-	3 (1)
Гастро/дуоденостомия	6(4)	-	6 (4)
Выключение свища	1(1)	1(1)	2 (2)
Резекция желудка	26(11)	1(1)	27 (12)
Итого	42 (20)	7 (5)	49 (25)

*В скобках отмечено число умерших больных

В третью группу включены 20 пациентов со свищами вследствие несостоятельности ушитой перфоративной язвы, 12 – после иссечения язвы или гастротомии с последующей пилоропластикой, 2 – после РМКЖ. Свищи 1 типа (перитонеальная форма несостоятельности швов) были у 20 (62,5%) пациентов, 2 типа (инфильтративная форма) – у 5 (15,6%). У 6 пациентов были свищи 3 типа (18,8%), у 1 (3,1%) – 4 типа. Из 32 пациентов третьей группы умерли 23 (71,9%). Способы лечения пациентов третьей группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Способы лечения пациентов третьей группы и их результаты

Способ оперативного лечения	Способ первичной операции			Всего
	Пилоропластика	Ушивание язвы	РМКЖ	
Ушивание свища	4(4)	4(2)	-	8(6)
Гастротомия, дуоденостомия	1(1)	1(1)	-	2(2)
Выключение свища	3(2)	-	-	3(2)
Тампонада зоны свища	-	1(1)	-	1(1)
Резекция желудка Бильрот I	1(1)	1(1)	-	2(2)
Резекция желудка Бильрот II	3(3)	9(6)	1(1)	13(10)
Пилоропластика по Финнею	-	2(0)	-	2(0)
Гастрэктомия	-	-	1(0)	1(0)
Итого	12(11)	20(11)	2(1)	32(23)

*Примечание: в скобках указано число умерших больных

После реконструктивной резекции желудка выздоровели 3 пациента, из которых 2 не нуждались в повторном оперативном лечении, а 1 был оперирован повторно в связи с несостоятельностью ГЭА и ДПК. Для закрытия дуоденального свища у этого пациента успешно применен новый способ закрытия свища ДПК (патент РФ №2565096 от 5.12.2014 г.; рац. предложение №293 от 24.11.2014 г.) (рис. 3).

Осуществляли препаровку стенки ДПК (а) вокруг свища, отделяя слизисто-подслизистый футляр от серозно-мышечного на расстоянии не менее 2 см. На слизистую оболочку накладывали круговые узловые швы или непрерывный шов Шмидена так, чтобы инвагинировать слизистую в просвет ДПК. Выделяли переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, рассекали ее и выкраивали из прямой мышцы живота мышечный стебель (б) длиной 12 см и шириной 3 см. Выкроенный мышечный стебель перемещали в брюшную полость через

отверстие в заднем листке влагалища прямой мышцы живота (в) и брюшине, подводили к линии швов слизистой оболочки через «манжетку» (г) серозно-мышечного футляра ДПК и фиксировали по окружности отдельными узловыми швами.

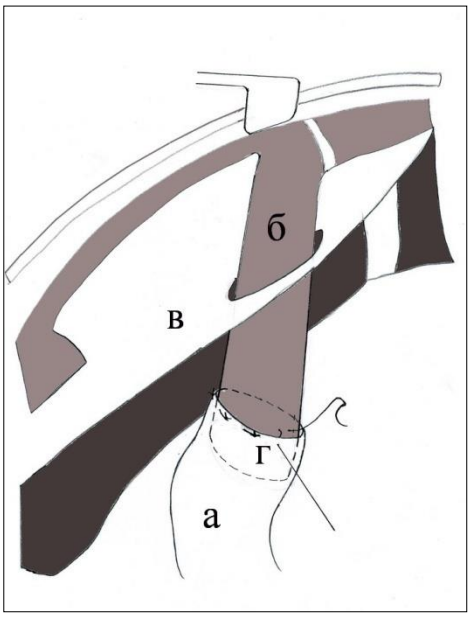

Рис. 3. Способ закрытия дуоденального свища

Таким образом, при лечении пациентов второй и третьей групп были применены два различных подхода: первично-реконструктивные и нерадикальные операции.

Сравнение эффективности двух типов вмешательств у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов

Были сравнены два различных тактических подхода: первично-реконструктивные (подгруппа А) и нерадикальные вмешательства (подгруппа Б). Результат лечения считали хорошим, если свищ удавалось устранить во время первой релапаротомии, а повторные вмешательства были направлены на санацию или окончательное закрытие брюшной полости. Результат считали удовлетворительным при сохранении, рецидиве свища или формировании нового, если выполнение повторных реконструктивных вмешательств приводило к выздоровлению пациента. Результат считали неудовлетворительным при летальном исходе.

Непосредственные результаты лечения пациентов в подгруппах А и Б представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнение результатов лечения пациентов в подгруппах А и Б*

Результат	А		Б		Всего		χ^2	p(Yχ^2)	p(F)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Хороший	19	42,2	7	19,4	26	32,1	3,77	0,052	0,034
Удовлетворительный	2	4,5	5	13,9	7	8,6	1,22	0,269	0,232
Неудовлетворительный	24	53,3	24	66,7	48	59,3	0,97	0,324	0,261
Всего	45		36		81	100	-	-	-

* Для таблицы $\chi^2 = 5,90$; p=0,052

При вычислении показателей доказательной медицины для хороших результатов получены следующие данные: ПОП=117,1%, ПАП=22,8%, ЧБНЛ=4, ОР=2,17; ОШ=3,03, что также соответствует клинически значимому эффекту. При расчете клинико-статистических показателей для неудовлетворительных результатов получены следующие данные: СОР=20%, САР=13,4%, ЧБНЛ=8, ОР=0,8; ОШ=0,57, что также соответствует клинически значимому эффекту. Отмечается статистически достоверное снижение числа релапаротомий на 0,8 операций на 1 пациента (p=0,018) и койко-дня в ОРИТ на 7 дней (p=0,032) у пациентов подгруппы А. Наблюдается тенденция к сокращению суммарного койко-дня у выздоровевших пациентов подгруппы А на 13,6 дней (p=0,135).

Выводы

1. Среди факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв, наиболее значимыми являются: патологические изменения в зоне расположения язвы, затрудняющие выполнение первичного вмешательства (88,4%), сочетание двух и более осложнений ЯБ (61,6%), нерациональный объем и способ первичной операции (50,0%), некомпенсированная анемия (54,5%), гипопротеинемия (20,5%), пожилой и старческий возраст пациентов (43,8%), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (59,8%).

2. Несостоятельность швов желудка, ДПК и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв у 57,1% пациентов протекает в виде перитонеальной формы с формированием свища 1 типа, у 14,3% – в виде инфильтративной с формированием свища 2 типа, у 28,6% – в виде первично-

свищевой с формированием свищей 3 и 4 типов. На исход лечения свищей вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов оказывают влияние следующие факторы: скрытое течение осложнения – у 24,5% пациентов, позднее выполнение релапаротомии – у 44,1%, пожилой и старческий возраст – у 43,8%, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний – у 59,8% пациентов.

3. Выполнение первично-реконструктивных операций (резекция и перерезекция желудка) у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов ГДА, ГЭА, ушитой язвы и пилоропластики способствует увеличению числа хороших результатов на 22,8%, снижению летальности на 13,4%, снижению среднего числа релапаротомий, приходящихся на 1 пациента, на 0,8, длительности пребывания в ОРИТ – на 7 койко-дней.

4. При свищах 1 и 2 типа вследствие перитонеальной и инфильтративной форм несостоятельности культи ДПК лучшие результаты получены при формировании дуоденостомы. При свищах 3 типа вследствие первично-свищевой формы несостоятельности культи ДПК наибольшее число благоприятных результатов получено при консервативном лечении.

5. Хирургическая тактика, предусматривающая проведение первично-реконструктивных операций у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов, является более эффективной с позиций доказательной медицины, по сравнению с нерадикальными операциями (ушивание, дренирование, тампонада, выключение свища). При ее применении удалось увеличить число хороших результатов на 22,8% (ПОП=117,1%, ПАП=22,8%, ЧБНЛ=4, ОШ=3,03) и снизить летальность на 13,4% (СОР=20%, САР =13,4%,ЧБНЛ=8, ОШ=0,57).

Практические рекомендации

1. Профилактика несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов должна включать обоснованный выбор объема, способа первичной операции, строгое соблюдение техники ее выполнения, декомпрессию желудка в послеоперационном периоде, нутритивную поддержку и коррекцию гомеостаза.

2. Для раннего выявления несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов необходимо учитывать возможность скрытого течения осложнения у

больных, оперированных по поводу осложненных гастродуоденальных язв.

3. При свищах вследствие несостоятельности ушитой перфоративной язвы передней стенки пилорического отдела или луковицы ДПК целесообразно выполнение ваготомии с пилоропластикой по Финнею или резекции желудка; при свищах вследствие несостоятельности швов после органосохраняющих операций можно рекомендовать выполнение резекции желудка.

4. При свищах вследствие несостоятельности ГДА после резекции желудка по Бильрот I следует рекомендовать выполнение перерезекции по Бильрот II в модификации Рейхеля или Бальфура, при свищах ГЭА после резекции желудка по Бильрот II допустимо ушивание свища, а при его невозможности – перерезекция желудка по Ру.

5. При формировании эктропированного свища ДПК (эктропиона) предпочтительным является раннее оперативное вмешательство, направленное на его закрытие, в том числе предложенным способом с помощью лоскута прямой мышцы живота на питающей ножке (патент на изобретение №2565096) до развития у пациента алиментарного истощения.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Дальнейшие клинические исследования должны быть направлены на совершенствование техники выполнения первичных операций при осложнениях ЯБ, на создание безопасных биологических материалов для герметизации линии анастомозов при выполнении операций в условиях нарушенного кровоснабжения стенок ЖКТ, на поиск и разработку методов ранней диагностики несостоятельности швов желудка, ДПК и анастомозов, на техническое обеспечение операций по поводу развившейся несостоятельности швов, на накопление опыта клинического использования предложенных способов хирургического лечения свищей культи ДПК.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Многократно рецидивирующее гастродуоденальное кровотечение на фоне оперированного желудка [Текст] / В.И. Белоконев, А.Н. Копалин, И.В. Харин [и др.] // Сборник докладов 884-го заседания Самарского областного научно-практического общества хирургов. – 2011. – С. 4 – 6.

2. Классификационные признаки, определяющие тактику лечения свищей желудочно-кишечного тракта [Текст] / В.И. Белоконев, А.И. Федорин, И.В. Харин [и др.] // Актуальные вопросы абдоминальной и сосудистой хирургии. Материалы региональной научно-практической конференции хирургов Сибири. – 2012. – С. 15 – 17.

3. Харин, И.В. Причины послеоперационной несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов и ее профилактика [Текст] / И.В. Харин // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – № 5 – 6. –С. 132 – 136.

4. Харин, И.В. Результаты лечения несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки [Текст] / И.В. Харин // Ургентная и реконструктивно-восстановительная хирургия. – 2013. – №6. – С. 261 – 264.

5. Харин, И.В. Усовершенствование способов лечения несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки [Текст] / И.В. Харин // Сборник материалов II Всероссийской конференции с международным участием студентов и молодых ученых в рамках «Дней молодежной медицинской науки», посвященной 125-летию со дня рождения чл.-корр. АМН СССР профессора Ф.М. Лазаренко. – 2013. – С. 241 – 242.

6. Способы хирургического лечения несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот – II [Текст] / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Сборник тезисов VIII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию СамГМУ. – 2014. – С. 449 – 451.

7. Харин, И.В. Причины несостоятельности швов и анастомозов после операций по поводу язвенной болезни [Текст] / И.В. Харин // Сборник тезисов конференции «Молодые учёные 21 века – от современных технологий к инновациям». – 2014. – С. 42 – 43.

8. Этапность при лечении больных с дуоденальными свищами после резекции желудка по поводу язвенной болезни [Текст] / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны» Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино №2. – 2015. – С. 13 – 18.

9. Эффективность реконструктивных вмешательств при несостоятельности швов желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны» Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино №4. – 2016. – С. 13 – 17.

10. Способ лечения свищевой формы несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Актуальные вопросы хирургии. Сборник тезисов IV Съезда хирургов Юга России. – 2016. – С. 168.

11. Тактика лечения больных с несостоятельностью швов после операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.И. Белоконев, И.В. Харин // Актуальные вопросы хирургии. Сборник тезисов IV Съезда хирургов Юга России. – 2016. – С. 169.

Патенты

1. Патент 2533016 РФ, МПК A61M 25/10, A61B 17/00. Способ дуоденостомии при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот-II [Текст] / А.П. Бабаев, В.И. Белоконев, И.В. Харин; ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. – №2013126824/14, заявл. 11.06.2013, опубл. 20.11.2014, бюл. №32.

2. Патент 2565096 РФ, МПК A61B 17/00. Способ закрытия свища при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, И.В. Харин, М.Г. Гуляев; ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени М.И. Калинина». – №2014149204/14, заявл. 5.12.2014, опубл. 20.10.2015, бюл. №29.

Рационализаторские предложения

1. Модификация способа мышечной пластики свищей двенадцатиперстной кишки: удостоверение на рац. предложение/ В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, И.В. Харин, М.Г. Гуляев; ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. - №293, подано 24.11.2014, принято 8.12.2014.