

О ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-II

¹ Шотт В. А., ¹ Жура А. В., ² Еремин В. Л., ² Домаренок Е. П.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

*² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Резекция желудка по Бильрот-II до настоящего времени используется как оперативное пособие при хирургических осложнениях язв желудка и 12-перстной кишки и другой патологии хирургического профиля. В последние годы изучению и предупреждению послеоперационных осложнений подобного вмешательства уделяется недостаточно внимания. Использование атравматичного

рассасывающегося шовного материала при формировании желудочно-тощекишечного соустья снижает количество послеоперационных осложнений, но полностью их не устраняет.

Цель исследования: изучить причины и характер послеоперационных осложнений резекции желудка по Бильрот-II с целью улучшения их диагностики и медикаментозной коррекции в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 16 пациентов за период 2019–2024 гг., перенесших резекцию желудка по Бильрот-II. Все пациенты поступили в клинику по экстренным показаниям. Возраст пациентов составил 38–82 г. (средний — 59 лет), мужчин было 12, женщин — 4. Показанием к резекции желудка у 10 пациентов были хирургические осложнения язв 12-перстной кишки, у 3 — язв желудка, у 2 — рак пилорического отдела желудка (выполнена паллиативная резекция по Бильрот-II), у одного — открытая травма живота с повреждением внутренних органов. Сочетание осложнений язв имело место у 11 пациентов, среди которых ведущим в клинике была перфорация — 10 пациентов; 3 пациента оперированы с клиникой гастродуоденального кровотечения, 2 — пилородуоденального стеноза в стадии декомпенсации. У 10 пациентов при поступлении была клиника перитонита, тяжесть которого оценивали по классификации В. К. Гостищева (1992 г.). 8 пациентов имели сопутствующую патологию (сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и пр.) тяжесть состояния этих пациентов оценивали по шкале ASA. Выраженность послеоперационного анастомозита оценивали по классификации Г. П. Рычагова (1993).

Резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера выполнена 9 пациентам, с впредидободочным гастроеюноанастомозом на длинной петле — 6 пациентам и у одного — с формированием гастроеюноанастомоза на петле тощей кишки по Ру. Оценивали методику формирования малой кривизны культи желудка и ушивания культи 12-перстной кишки, методику формирования гастроеюноанастомоза. Учитывали количество и структуру осложнений ближайшего послеоперационного периода,

наличие и количество операций по поводу сопутствующей патологии хирургического профиля, сроки стационарного лечения. На основании анализа полученных данных делали вывод о причине и частоте встречаемости послеоперационных осложнений, путях улучшения их диагностики и лечения.

Результаты и обсуждение. У 3 пациентов на операции выявлен перитонит 2 стадии, у 5 — третьей и у двух — четвертой стадии. Тяжесть состояния пациентов по шкале ASA составила: у двух — II кл., у 3 — III кл., у 3 — IV кл. У всех пациентов гастроэнтероанастомоз формировали традиционным способом — ручными швами Альберта-Шмидена. Культю 12-перстной кишки у одного пациента ушивали атипично, у двух — механическим швом, у одного — по методу Юдина, у остальных пациентов — способом Ниссена. Малая кривизна культи желудка сформирована у 5 пациентов механическим швом, у остальных — ручными швами. Двум пациентам дополнительно выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду по поводу деструктивного холецистита, в одном наблюдении выполнена холедоходуоденостомия с дренированием холедоха по Керу по поводу холедоходуоденального свища, у одного пациента выполнена атипичная резекция 2–3 сегментов печени по поводу метастазов рака пилорического отдела желудка. Осложнения наблюдались у 6 пациентов (37,5 %): несостоятельность культи 12-перстной кишки — в одном наблюдении, у двух — пневмония, у двух — послеоперационный панкреатит. У двух пациентов выявлена клиника послеоперационного анастомозита; у одного — 0 ст., у одного — II ст., у одного пациента была клиника спаечной кишечной непроходимости, разрешившейся в результате консервативной терапии и у двух — нагноение раны. Сочетание осложнений имело место у 3 пациентов. Сроки стационарного лечения составили в среднем 26 суток. Умерло после операции двое пациентов, у одного причиной летального исхода были несостоятельность культи 12-перстной кишки и прогрессирование перитонита, у одного — перенесенный в послеоперационном периоде обширный трансмуральный инфаркт миокарда.

Оценивая характер послеоперационных осложнений у пациентов, следует отметить выявление двух случаев послеоперационного анастомозита (12,5 %), которые можно связать с применяемой хирургами традиционной методикой формирования желудочно-тощекишечного соустья ручными швами. На наш взгляд, возникновение других осложнений обусловлено характером оперативного вмешательства, локализацией язв и тяжестью перитонита. Ранее мы указывали, что формирование гастро-еюноанастомоза механическим швом по предложенной нами методике существенно уменьшает количество нарушений эвакуации из культи желудка и частоту анастомозита, который, по литературным данным, присутствует у всех пациентов после подобной операции (М. Д. Подильчак, 1989). Для улучшения диагностики осложнений послеоперационного периода и своевременного их лечения необходимо информировать пациентов о необходимости рентгенологического и эндоскопического обследования в послеоперационном периоде.