

ПРИЧИНЫ ПЕРИТОНИТА В СВЯЗИ С РЕЗЕКЦИЯМИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Доч. Н. А. ПЕТУХОВ (Витебск)

По нашим данным, перитонит в связи с резекциями желудка, произведенными в плановом порядке по поводу язвенной болезни, наблюдался у 30 больных после 443 операций (6,7%). Дальнейшему анализу подвергнуты эти 30 больных. Из них мужчин было 25, женщины — 5. Больных в возрасте 50—69 лет было 18.

По локализации процесса больные, у которых развился перитонит, распределялись следующим образом: язвенная болезнь желудка — 12, язвенная болезнь 12-перстной кишки — 16, пептическая язва тощей кишки после гастроэнтероанастомоза и тонкокишечный свищ — 2. У всех 30 больных были хронические, длительно протекавшие язвы, которые сопровождались различными тяжелыми осложнениями: пенетрация язвы наблюдалась у 14 больных, из них в поджелудочную железу наблюдалась пенетрация у 11 человек, в поджелудочную железу и толстую кишку — у двух боль-

ных, у одного больного — в головку поджелудочной железы, печень и желчный пузырь. Рубцово-язвенные стенозы привратника и 12-перстной кишки с резким нарушением эвакуаторно-моторной функции желудка и истощением больных наблюдались у 14 больных, гастродуоденальные кровотечения — у 4 больных, обострение язвенной болезни было у 3 больных. 2 больным раке были наложены желудочнокишечные анастомозы. У 16 больных была комбинация нескольких осложнений: пенетрации и стеноза, пенетрации к кровотечениям или пенетрация язвы в несколько органов. У остальных больных показанием к операции явилось длительное течение болезни, не поддающееся консервативной терапии, снижение трудоспособности, невозможность соблюдать диету, наличие каллезных язв и опасность их ракового превращения.

Резекция желудка была произведена 25 больным, комбинированные резекции желудка — 5. У 21 больного произведена типичная резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру без каких-либо особенностей в ее стандартной технике. У одного больного по поводу язвы 12-перстной кишки произведена паллиативная резекция для исключения язвы. У второго больного по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки произведена резекция желудка для исключения язвы по Гофмейстеру-Финстереру с позадиободочным анастомозом и межкишечным соустьем по Брауну. Двум больным по поводу хронических каллезных язв желудка, пенетрировавших в поджелудочную железу, произведена субтотальная резекция желудка. Комбинированная резекция желудка по поводу язвенной болезни произведена 5 раз; у 4 больных резекция желудка сочеталась с одномоментной резекцией поперечно-ободочной кишки и у 1 — с краевой резекцией поджелудочной железы.

Анализ наших данных показал, что причины перитонитов, возникающих в связи с резекциями желудка по поводу язвенной болезни, многообразны, но часто связаны с расхождением швов культи 12-перстной кишки (табл. 1).

Недостаточность швов культи 12-перстной кишки на 443 резекции отмечена 12 раз (2,7%) и составила 38,7% всех причин перитонита, возникшего в связи с резекцией по поводу язвенной болезни. У 2 больных она комбинировалась с одновременным расхождением швов желудочно-кишечного анастомоза, следовательно, всего она отмечена 14 раз (3,16%), в том числе после резекции дуоденальных язв у 9 из 16, а при язве желудка у 5 из 12 больных. Расхождение швов культи желудка отмечено у 1 больного (0,22%), некроз культи желудка тоже у 1 (0,22%), расхождение швов желудочно-кишечного анастомоза у 3 больных (0,67%), в том числе изолированное — у 1 и в сочетании с расхождением швов дуо-

денальной культи — у 2 больных. У 1 больного после резекции на выключение, в послеоперационном периоде произошла перфорация язвы 12-перстной кишки, которая не была дистрофирована, что привело к развитию разлитого перитонита и летальному исходу. У одного больного причиной перитонита явился гангренозный холецистит, развившийся после резекции желудка. Послеоперационный панкреонекроз отмечен у 6 больных (1,3%), кроме того у 4 он комбинировался с расхождением швов культи 12-перстной кишки; следовательно, он наблюдался у 10 больных (2,25%). Причина послеоперационного панкреонекроза — нарушение целостности ткани поджелудочной железы во время операции или нарушение ее кровообращения, а также комбинация этих причин; это наблюдается чаще при резекции дуоденальных язв, неметрирующих в головку поджелудочной железы, в связи с резким нарушением топографо-анатомических взаимоотношений в панкреатодуоденальной зоне.

Следовательно, среди причин перитонита после резекции желудка по поводу язвенной болезни чаще всего встречается расхождение швов, которое отмечено у 18 больных из 30 (4,06% ко всем оперированным), а также некрозы и перфорации полых органов, т. е. в 20 случаях из 443 оперированных причиной перитонита явилось нарушение герметизации полых органов (4,53%). После резекции желудка по различным модификациям второго способа Бильрота чаще отмечается недостаточность швов культи 12-перстной кишки, это чаще возникает после резекции желудка по поводу язвы 12-перстной кишки (9 после 16 резекций), чем после язвы желудка (5 на 12 операций).

Причины недостаточности швов культи 12-перстной кишки различны. ненадежное ушивание культи, нарушение кровообращения 12-перстной кишки при ее выделении, нарушение проходимости отводящей петли анастомоза, забрасывание содержимого культи желудка в приводящую петлю, в результате чего возникают дуоденостазы с повышением давления в культе 12-перстной кишки; даже самые незначительные повреждения поджелудочной железы способствуют выделению ферментов, действующих на окружающие ткани, переваривая их; воспалительные изменения в стенке 12-перстной кишки, общее состояние больного — при выраженной гипопротенемии снижается регенераторная способность тканей, замедляется срастание тканей в области анастомозов.

Анализируя данные, мы можем отметить, что частота расхождения швов культи 12-перстной кишки приблизительно одинакова за все годы, то есть нельзя отметить ни тенденции к повышению, ни, тем более, тенденции к значительному снижению. Несмотря на это, следует отметить, что частота

этого осложнения уменьшается по мере накопления хирургом опыта в желудочной хирургии: оно реже встречается у хирургов, оперирующих анатомично и нежно обращающихся с тканями, по сравнению с хирургами, плохо ориентирующимися в тканях и грубо обращающимися с ними.