

ЛІКУВАННЯ АНАСТОМОЗИТУ В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

**Л.І. Василенко, Ф.І. Гюльмамедов, Ю.О. Шкіренко, Ю.В. Колесніков,
С.О. Лещинський, Г.Є. Полунін, А.О. Христуленко, О.С. Морозов**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Кафедра загальної хірургії і хірургічних хвороб стоматологічного факультету (зав. - проф. Ф.І. Гюльмамедов)

Реферат

Анастомозит є одним із найпоширеніших ускладнень раннього післяопераційного періоду, який спостерігають у 5-16% оперованих хворих. В основу праці покладено висліді спостереження 38 післяопераційних хворих із моторно-евакуаторними порушеннями і анастомози тамі, 18 із яких оперовано згідно запропонованого методу, 20 становили контрольну групу. Основною причиною анастомозиту слід вважати похибки в операційній техніці. В основі лікування анастомозитів має бути етіопатогенетичний принцип, а саме - лікування запального процесу ділянки анастомозу. Для лікування післяопераційного анастомозиту застосовували комплекс заходів: антикоагулянти, препарати для поліпшення реологічних властивостей крові, антибактерійну, протизапальну, інфузійну терапії, кровозамінники. Вважаємо не зовсім виправданою надмірну передчасну стимуляцію перистальтичної активності шлункової куки і кишківника. У разі неефективності перерахованих заходів проводили додаткове ендоскопічне бужування анастомозу. За невтішних результатів консервативної терапії протягом 10-14 діб здійснювали релапаротомію. Застосування описаного комплексу лікувальних заходів дозволило ефективніше лікувати хворих із постгастрорезекційним анастомозитом. Кращою профілактикою анастомозитів вважаємо формування розширювальних анастомозів.

Ключові слова: анастомозити, резекції шлунка

Abstract

TREATMENT OF ANASTOMOSITIS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

L.I. VASILENKO, F.I. GULMAMEDOV,
J.A. SHKIRENKO, J.V. KOLESNIKOV, S.A. LESCHINSKY,
G.E. POLUNIN, A.A. HRISTULENKO, A.S. MOROZOV
The M. Gorky National Medical University in Donetsk

This study examined the data of 38 postoperative patients who developed anastomosis and anastomotic blockage; 18 were in the active treatment group, and 20 were in the control group. The successful treatment of anastomosis depends on dealing with the inflammatory process in the area of the anastomosis. It is important to note that the principal cause of anastomosis is faulty technique in the performance of the anastomosis, especially gastroduodenal anastomosis. Postoperative assessment of anastomosis can be performed by endoscopy to clarify the clinical diagnosis and determine the extent of medical therapy required. Once anastomosis has been confirmed and the anastomosis cannot be traversed, anti-inflammatory therapy and appropriate enteral nutrition were

given. Since the inflammation is based on vessel thrombosis, anticoagulant therapy was started immediately, along with antibacterial therapy. Premature stimulation of peristalsis is not justified. If the above measures were ineffective, additional endoscopic expansion of the anastomosis was performed. When conservative therapy was unsuccessful after 10 to 14 days, accompanied by proof of anastomosis blockage and patient exhaustion, surgery was performed. The conservative therapy used allows more effective treatment of patients with anastomosis following gastric resection. The best prophylaxis for anastomosis is use of the appropriate operative technique to perform the anastomosis.

Key words: anastomosis, gastric resection

Вступ

Анастомозит є одним із найпоширеніших ускладнень раннього післяопераційного періоду, спостерігається у 5-16% оперованих хворих [1, 3, 4, 6, 9, 10] із приводу резекції шлунка (РШ), а також після дренуючих операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці (ДПК), висікання перфораційних і стенозуючих гастродуоденальних виразок (ГДВ), різних варіантів пілородуоденопластик. За даними А.Г. Земляного [9] анастомозит посідає перше місце серед інших ускладнень різних варіантів РШ і є однією із причин недостатності швів сформованого гастродуоденоанастомозу (ГДА) у ранньому післяопераційному періоді.

Слід зазначити, що при анастомозуванні трубчастих органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) кінцевим анастомозом за існуючими традиційними методами, а саме дворядковим швом у 20-28% оперованих виникає звуження просвіту сформованого співустя у середньому на 1/5-1/4 частини його внутрішнього просвіту (діаметра) за рахунок запального набряку, сформованого внутрішньо-просвітнього інвагінаційного шовного заглибного валика із подальшим розвитком анастомозиту або часткової непрохідності ділянки анастомозу у ранньому післяопераційному періоді [1]. Навіть при формуванні кінцевого ГДА однорядковим швом Пирогова-Матешука індекс стенозування анастомозу через 3-5 діб

після операції становить $46,23 \pm 5,12\%$ (А.П. Власов і співав., 2009). Ця обставина спонукала хірургів до пошуку нових способів розширення при формуванні найбільш фізіологічних кінцевих шлунково-кишкових анастомозів, пошуку ефективних шляхів додаткового "захисту" сформованих анастомозів із метою профілактики можливих післяопераційних ускладнень (анастомозитів, неспроможності лінії швів та ін.) [12, 13, 14, 15].

Матеріал і методи

В основу роботи покладено результати спостереження 38 післяопераційних хворих із моторно-евакуаторними порушеннями і анастомозитами, 18 із яких оперовано згідно запропонованого методу, 20 становили контрольну групу. Хворих обстежено із використанням ендоскопічного і рентгенологічного досліджень. Ендоскопічні дослідження виконували за допомогою фіброгастроудоденоскопів (ФГДС) фірми "ЛОМО" типу МТ-11 і ендоскопів GIF D-3, GIF K-2, GIF B-4 фірми "Olympus" (Японія).

Рентгенологічні дослідження виконували із залученням стаціонарних апаратів: АРД-2, Chiradur, TUR-1000, DZ-2, EDR-750 В (Угорщина) із телевізійними підсилювачами, відеозаписи здійснювали на відеокамеру фірми "Canon" (Японія). Хворих обстежували 3-4 рази. Результати досліджень співставляли із попередніми, чим забезпечували вірогідність отриманих результатів дослідження.

Результати й обговорення

Явища застою у шлунковій куксі у перші дні після РШ [6] спостерігали у 16,6% хворих, частіше після РШ за Більрот-1 (19,2%), рідше - після РШ за Більрот-2 (14,6%). За даними [6], у більшості кількості хворих явища стази в шлунковій куксі тривали не більше 3 днів, і після систематичної аспірації вмісту шлунку через зонд йшли на спад. Виражені явища застою (тривалістю більше 5 днів) відзначено у 2,5% оперованих: частіше після РШ за Більрот-1 (3,2%), ніж після РШ за Більрот-2 (2%). За нашими даними [1], ранні післяопераційні ускладнення виявлено у $9,9 \pm 1,4\%$ хворих (45 хворих на 455 оперованих). Померло 3 ($0,7 \pm 0,4\%$) хворих. Аналіз ранніх постгастрорезекційних ускладнень (ПГРУ), навіть при ви-

користанні всіх можливих профілактичних заходів, після трубчастих резекцій шлунка у хворих із вихідним гіпертрофічним гастритом вказує, що серед випадків моторноевакуаторних розладів, які виявлено - у 18 ($4,0 \pm 0,9\%$) оперованих встановлено атонію шлункової кукси - у 10 ($2,2 \pm 0,7\%$), анастомозити - у 8 ($1,8 \pm 0,6\%$). Наші результати узгоджуються із даними інших авторів і підтверджують їх [9]. При цьому, ендоскопічно і рентгенологічно у ділянці ГДА спостерігали різко гіпертрофовані звивисті складки слизової оболонки із нетиповим розташуванням, які деформують і звужують анастомоз до 0,5-0,8 см у діаметрі на тлі атонічної розширеної шлункової кукси. Форма ГДА була неправильно, деформованою. У хворих після РШ з ГЕА на короткій петлі форма анастомозу була неправильно, щілиноподібною. Слизова оболонка ділянки ГЕА була із вираженими запальними ознаками, пухка, кровоточива при контакті з ендоскопом а в окремих місцях ерозована із лігатурами у стадії прорізування, покрита фібрином. При стійких анастомозитах (більше 10 діб) у 5 хворих нижче ГЕА за допомогою ендоскопа був проведений тонкий зонд ПХВ для ентерального харчування виведений трансназально. Після ліквідації виражених запальних змін у ділянці анастомозу через 5-6 діб зонд усували і переводили хворих на звичне харчування. Ендоскопічне введення зонда через анастомоз для харчування при виражених ознаках анастомозиту дозволило 3 хворим уникнути повторного операційного втручання. У подальшому формування прямого ГДА за опрацьованим нами методом попередило розвиток анастомозиту, сприяло поліпшенню евакуаторної функції шлункової кукси.

Із урахуванням контрольної групи хворих загальна кількість ПГРУ становила $12,1 \pm 1,4\%$ (65 хворих на 539 оперованих). Загальна летальність - $0,9 \pm 0,4\%$ (5 на 539 хворих).

Вважаємо, що в основі лікування анастомозитів є етіопатогенетичний принцип, а саме - лікування запального процесу ділянки анастомозу. Основною причиною анастомозиту слід визнати похибки в операційній техніці накладення співустя, зокрема ГДА (не делікатний лігатурний гемостаз у рані під час розтину стінки шлунка і ДПК, що викликає деформацію лінії швів анастомозу; захоплення у шов країв стінок

органів, що анастомозують (особливо у ділянці верхнього кута утвореного співустья); багаторядне ушивання анастомозу із надлишковою інвагінацією стінок, особливо при надлишку гіпертрофованої слизової оболонки шлункової куки; нерівномірні за глибиною і шириною стібки шва; формування ГДА при грубих рубцево-запальних змінах стінки ДПК; похибки при мобілізації пілородуоденального сегмента при виокремленні зі спайкових і рубцевих зростів країв стінок ДПК, зумовлених виразковим процесом, наявністю гематом, крововиливів у місці мобілізації (унаслідок грубих маніпуляцій і захоплення у шов великих за об'ємом шматків сальника), багаторазове прошивання стінок органів, що анастомозують, лігатурами з метою надійного гемостазу в пілородуоденальній ділянці); розвиток запального інфільтрату у ділянці анастомозу, зумовленого алергічною реакцією організму хворого на шовний матеріал; ігнорування профілактичних інтраопераційних заходів, що запобігають стенозу; евакуаторні порушення вмісту шлункової куки.

Для лікування післяопераційного анастомозиту застосовували такий комплекс заходів: ендоскопію (із метою уточнення клінічного діагнозу і визначення обсягу лікувальних заходів). У випадку виявлення порушень прохідності анастомозу і виявленні ознак анастомозиту призначали комплексну протизапальну терапію й адекватне ентеральне харчування. Для цього за допомогою ендоскопа (за опрацьованим нами методом) проводили тонкий зонд ПХВ через просвіт ГДА у ДПК для раннього ентерального харчування. Виводили зонд трансназально і фіксували його до шкіри хворого за допомогою лейкопластирної пов'язки. У якості раннього ентерального харчування через зонд краплинно вводили фізіологічний розчин, розведений кип'яченою водою (неконцентрований), курячий або яловичий вивар обсягом до 500 мл на добу, спеціальні білково-електролітні суміші до 500 мл на добу.

Ми поділяємо точку зору А.Г. Земляного (1973) і вважаємо за доцільне в комплексному лікуванні післяопераційного анастомозиту забезпечення "функціонального спокою" шлунковій куці у перші 3-4 доби після операції шляхом своєчасного її спорожнення від застійного вмісту через трансназальний декомпресійний дуо-

денальний зонд. Перерозтягнення шлункової куки вмістом у ранньому післяопераційному періоді зумовлює зниження перистальтичної активності стінки шлункової куки, внаслідок операційної травми (порушення кровопостачання та іннервації шлункової куки й ділянки анастомозу), що приводять до атонії. Декомпресійний трансназальний зонд забезпечив також зрошення ділянки анастомозу розчином норадреналіну (адреналіну), водним розчином сорбентів. Окрім того у шлункову куку через зонд вводили розчин гідрокортизону, преднізолону, 20-30% водний розчин сорбіту. Для зменшення запального набряку тканин у ділянці анастомозу хворим призначали "літичну суміш" (0,25-0,5% розчин новокаїну: 1-2 столових ложки через 6 годин); 20-30% водний розчин сорбіту, активоване вугілля в порошок 0,5 г (карболонг), сорбітол, сорбекс тричі на день.

Враховуючи той факт, що в основі будь-якого запалення лежить тромбоз мікросудин (особливо у ділянці лінії швів і анастомозу), хворим із першої доби призначали: антикоагулянти (фраксипарин 0,3 мл тричі на добу, або пентосан 1 мл на добу), а також реополіглюкін 250 мл, реоглюман 250 мл, реосорбілакт 250 мл, латрен 100 мл на добу протягом перших 5 діб, які покращували мікроциркуляцію у ділянці анастомозу, зменшували набряк тканин і прискорювали перебіг репараційних процесів у ділянці лінії шва.

Окрім того призначали адекватну антибактерійну протизапальну терапію із цефалоспоринів, фторхінолонів у комбінації із метрогілом (100 мл двічі на добу) протягом перших 6-7 діб. Дефіцит рідини, білків, електролітів компенсували щоденною інфузійною терапією розчинів кристаліодів (Рінгера-Локка, Фокса, ацесоль, фізіологічний розчин) обсягом 2,5-3,5 л. Довенно вводили також білкові препарати: розчин 10% альбуміну по 100 мл двічі на добу, суху або нативну плазму 250 мл; білкові кровозамінники (раніше застосовували розчини амінокровіну, гідролізіну, амінопептиду, альвезину, альвезин-новий по 400 мл на добу), розчини інфезолу, лактопротейну із сорбітолом 100 мл на добу, реосорбілакт, аміносол, ксилат, латрен і ін. протягом перших 4-5 діб після операції. Здійснювали постійний динамічний контроль (через кожні 3-4 дні) стану білкового і електролітного обміну, коагуло-

грами і показників периферійної крові. Енергетичний баланс організму хворих підтримували за рахунок уведення глюкозо-інсулінової суміші (8 ОД інсуліну на 500 мл 5% розчину глюкози). Із першої доби хворим призначали антигістамінну терапію (димедрол, супрастин, тавегіл двічі на добу) протягом перших 5 діб, що дозволяє зменшити набряк тканин у ділянці лінії швів анастомозу. Зазвичай, після проведення вже описаного комплексу протизапальних заходів, на 3-4 добу покращується перистальтична активність шлункової кукси і кишківника, у хворих починають відходити гази.

Вважаємо не зовсім виправданою надмірну передчасну стимуляцію перистальтичної активності шлункової кукси і кишківника (введенням великих доз прозерину, церукалу, калиміну і ін. препаратів), які можуть призвести до недостатності швів сформованого анастомозу. Для поліпшення перистальтичної активності кишківника хворим буває досить однієї або двох, невеликих за обсягом, очисних клізм. При виражених і стійких виявах анастомозиту призначали крапельниці із розчином метрогілу (100 мл двічі на добу), внутрішньовенне введення цефалоспоринов і фторхінолонів 3-4 покоління, глюкокортикоїдів (гідрокортизон, преднізолон), які, окрім вираженої антибактеріальної протизапальної дії, володіють здатністю пригнічувати мезенхімальну реакцію і уповільнювати розвиток сполучної тканини. Застосовували дрібні дози рентгенотерапії на ділянку анастомозу. У хворих із гіпохромною анемією білкову рівновагу компенсували роздрібненими (200-300 мл) гемотрансфузіями свіжо заготовленої крові (через день або один раз у три дні) під контролем загального аналізу крові і сечі, коагулограми. У випадку неефективності вже перерахованих заходів проводили додаткове ендоскопічне бужування анастомозу за опрацьованим нами методом, яке давало позитивний ефект і дозволяло подовжити термін консервативної терапії до 10-14 діб. За відсутності результатів консервативної терапії (протягом 10-14 діб), що супроводжувалося стійкою непрохідністю анастомозу і виснаженням хворого, здійснювали релапаротомію.

В ослаблених і виснажених хворих перевагу слід віддавати формуванню передободового гастроентероанастомозу із міжкишковим співус-

тям за методом А.Г. Земляного (1973). Операцією вибору в компенсованих хворих слід вважати реконструктивну резекцію шлунка за типом Бальфура.

Висновки

1. Застосування описаного комплексу лікувальних заходів дозволяє ефективніше лікувати хворих на постгастрорезекційний анастомозит.
2. Кращою профілактикою анастомозитів вважаємо формування розширювальних анастомозів, що викликають розвиток стенозу.

Література

1. Василенко Л.И. Трубчатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв / Л.И. Василенко, И.Е. Верхулецкий. - Донецк: "Донецчина", 2003.-336 с.
2. Велигоцкий Н.Н. Место современных органосохраняющих операций в лечении осложненных форм язвенной болезни / Н.Н.Велигоцкий // Хірургія України.- 2004.-№2(10).-С.25-28.
3. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий.-Харьков: Прапор, 2005.-81 с.
4. Витебский Я.Д. Причины нарушения механизма эвакуации из культи желудка после его резекции / Я.Д. Витебский // Клиническая хирургия.-1974.-№4.-С.22-27.
5. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта / Я.Д.Витебский.- М.: Медицина,1988.-112 с.
6. Ганичкин А.М. Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка / А.М. Ганичкин, С.Д.Резник. - Л.: Медицина,1973.-279 с.
7. Гилевич Ю.С. Анастомозы в брюшной хирургии / Ю.С.Гилевич, В.И.Оноприев.- Ставропольское кн. изд-во,1978.-376 с.
8. Голдин В.А. Первичная и реконструктивная резекция желудка / В.А.Голдин.- М.: Изд-во Университет дружбы народов,1990.-172 с.
9. Земляной А.Г. Резекция желудка.- Л.: Медицина,1973.-191 с.
10. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни / В.И.Оноприев.-Краснодар.- Изд-во: Полиграфическое производственное арендное предприятие.- 1995.-296 с.
11. Подильчак М.Д. Нарушения эвакуации из желудка после ваготомии и рнзнкции в раннем послеоперационном периоде / М.Д.Подильчак, В.К.Огоновский, Э.З. Красинский // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 1990.-№12.С.99-101.
12. Коваленко И.В. Использование Альмогеля А в целях профилактики анастомозита после резекции желудка / И.В. Коваленко // Клиническая хирургия.-1981.-№12.- С.55-56.
13. Ковтун А.С. Профілактика і лікування анастомозитів після резекції шлунка з приводу ускладненої виразкової хвороби: автореф. дис. на соискание учен. степени канд.мед.наук: спец.14.01.03 "Хірургія" / А.С.Ковтун. -

Симферопіль, 2002.-18 с.

14. Мельник І.В. Гастрит кукси та анастомозит після резекції шлунка: комплексна консервативна терапія і показання до хірургічного лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня. канд. мед. наук: спец.14.01.03

"Хірургія" / І.В.-Мельник Тернопіль, 2001.-19 с.

15. Новые оперативные подходы в гастродуоденальном анастомозировании / А.П.Власов, Ю.П.Степанов, В.В.Сараев, О.Ю.Рубцов // Харківська хірургічна школа.- 2009.-№3.1 (35).-С.251- 253.