

УДК 616-089.86-098.168.1-06

*Л.И. Василенко, Ф.И. Гюльмамедов, С.А. Лецинский, Г.Е. Полунин,
Н.М. Енгенов, В.И. Волков*

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ АНАСТОМОЗИТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Освещены основные принципы лечения анастомозита в раннем послеоперационном периоде после резекций желудка по Бильрот-1, Бильрот-2 и трубчатых резекций желудка с формированием ГДА и ГЭА, которые позволяют улучшить функциональные результаты выполняемых операций.

Ключевые слова: анастомозиты, резекции желудка.

Проблема эффективного лечения анастомозита является одной из наиболее сложных и окончательно нерешенных проблем современной хирургии [1, 4, 6-10]. Анастомозит является одним из наиболее частых осложнений раннего послеоперационного периода, наблюдается у 5-16% оперированных [1, 3, 4, 6, 9-10] после резекции желудка (РЖ) и дренирующих операций на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), после иссечения перфоративных и стенозирующих гастродуоденальных язв, различных вариантов пилородуоденопластик. По данным А.Г. Земляного [9] анастомозит занимает первое место среди всех других осложнений различных вариантов РЖ и является одной из причин недостаточности швов сформированного гастродуоденоанастомоза (ГДА) и в раннем послеоперационном периоде. Явления застоя в желудочной культе (ЖК) в первые дни после РЖ [6] наблюдали у 16,6% больных, чаще после РЖ по Бильрот-1 (Б-1) (19,2%), реже – после РЖ Бильрот-2 (Б-2) (14,6%). По данным [6], в большинстве случаев, явления стаза в ЖК продолжались не более 3 дней, и, после систематической аспирации содержимого желудка через зонд, шли на убыль. Выраженные явления застоя, (продолжительностью более 5 дней), отмечены у 2,5% оперированных: чаще после РЖ Б-1 (3,2%), чем после РЖ Б-2 (2%). По нашим данным [1] ранние послеоперационные осложнения выявлены у 10,6% случаев (45 больных на 455 оперированных). Умерло 3 (0,65%) больных. С учетом контрольной группы больных общее количество первичных послеоперационных осложнений (ПГРО) составило 12,6% (65

больных на 539 оперированных). Общая летальность – 0,93% (5 на 539 больных). При анализе ранних ПГРО, даже при использовании всех возможных в наших условиях профилактических мероприятий после трубчатых и общепринятых РЖ наибольшее количество наблюдали моторно-эвакуаторных расстройств – у 18 (4%) оперированных, обусловленных атонией ЖК – у 10 (2,2%) и анастомозитами – 8 (1,8%), что согласуется и подтверждает данные [9].

В основе лечения анастомозитов, как и любого, заболевания должен лежать этиопатогенетический принцип, а именно, лечение воспалительного процесса зоны анастомоза. Основной причиной анастомозита следует считать погрешности в оперативной технике наложения соустья, в частности ГДА или гастроэнтероанастомоза (ГЭА) – (грубый лигатурный гемостаз в ране при рассечении стенки желудка и ДПК, вызывающий деформацию линии шва анастомоза; грубый захват в стежок шва краев стенок анастомозируемых органов, [особенно, в области верхнего угла образуемого соустья]; многорядное ушивание анастомоза с избыточным инвагинатом стенок [особенно при избытке гипертрофированной слизистой ЖК]; неравномерные по глубине и ширине стежки шва; формирование ГДА при грубых рубцово-воспалительных изменениях стенки ДПК; погрешности мобилизации пилородуоденального сегмента при выделении из спаечных и рубцовых сращений краев стенок ДПК, обусловленных язвенным процессом, наличие гематом, кровоизлияний в месте мобилизации [вследствие грубых манипуляций и захваты-

вания в шов больших по объему прядей сальника], многократное прошивание стенок анастомозируемых органов лигатурами с целью надежного гемостаза в пилородуоденальной зоне); развитие воспалительного инфильтрата в области анастомоза, обусловленного аллергической реакцией организма больного на шовный материал; игнорирование проведения профилактических интраоперационных противостенотических мероприятий; эвакуаторные нарушения ЖК (игнорирование наружного дренирования ЖК трансназальным зондом в первые 3-4 суток после РЖ и трансназального проведения зонда через просвет сформированного ГЭА).

Для лечения послеоперационного анастомозита применяем следующий комплекс мероприятий: выполняли больным фиброгастро-дуоденоскопию (с целью уточнения клинического диагноза и определения объема лечебных мероприятий). При подтверждении явлений нарушений проходимости анастомоза и анастомозита назначали комплексную противовоспалительную терапию и адекватное энтеральное питание. Для этого проводили с помощью эндоскопа (по разработанной нами методике) тонкий ПХВ зонд через просвет ГДА в ДПК для раннего энтерального питания. Выводили зонд наружу трансназально и фиксировали его к коже больного с помощью лейкопластырной повязки. В качестве раннего энтерального питания по зонду капельно вводили физиологический раствор, разведенный кипяченой водой (неконцентрированный) куриный или говяжий бульон в объеме до 500 мл в сутки, специальные белково-электролитные смеси в объеме до 500 мл в сутки.

Мы разделяем точку зрения А.Г. Земляного (1973) и считаем целесообразным в комплексном лечении послеоперационного анастомозита обеспечение „функционального покоя” ЖК в первые 3-4 суток после операции, путем своевременного опорожнения ЖК от застойного содержимого через проведенный в ЖК трансназально декомпрессионный зонд. Перерастяжение ЖК желудочным содержимым в раннем послеоперационном периоде, обуславливает снижение перистальтической активности ее стенок, вследствие операционной травмы (нарушение кровоснабжения и иннер-

вации ЖК и зоны анастомоза), приводящие к атонии. Декомпрессионный трансразальный зонд позволял орошать зону анастомоза раствором норадrenalина (адреналина), водным раствором сорбентов; вводили в ЖК через зонд раствор гидракортизона, преднизолона, 20-30% водный раствор сорбита. Для уменьшения воспалительного отека тканей в области анастомоза назначали больным дробный прием во внутрь „литической смеси” (0,25-0,5% раствор новокаина: по 1-2 столовые ложки через 6 часов); 20-30% водный раствор сорбита, активированный уголь в порошке 0,5 г (карболонг), сорбитол, сорбекс 3 раза в день.

Учитывая тот факт, что в основе любого воспаления лежит тромбоз микрососудов (особенно в области линии шва и зоны анастомоза), больным с первых суток назначали: антикоагулянты (фраксипарин 0,3 мл 3 раза в сутки, или пентосан 1мл в сутки); препараты, улучшающие реологические свойства крови: реополиглюкин 250 мл, реоглюман 250 мл, реосорбилакт 250 мл, латрен 100 мл в сутки в течение первых 5 суток, которые улучшали микроциркуляцию в зоне анастомоза, уменьшали отек тканей и ускоряли протекание репаративных процессов в области линии шва. Назначали адекватную антибактериальную противовоспалительную терапию с включением цефалоспоринов, фторхинолонов в комбинации с метрагилом (100 мл 2 раза в сутки) в течение первых 6-7 суток, позволяющих снизить отек тканей в зоне линии швов анастомоза. Дефицит жидкости, белков, электролитов компенсировали ежедневной инфузионной терапией в объеме 2,5-3,5 л растворов кристаллоидов (Рингера-Локка, Фокса, ацесоль, физиологический раствор поваренной соли). В капельницу включали белковые препараты: раствор 10% альбумина по 100 мл 2 раза в сутки, сухую или нативную плазму 250 мл; белковые кровезаменители: (раньше применяли растворы: аминокровина, гидролизина, аминокептида, альвезина, альвезин-новый по 400 мл в сутки), в настоящее время применяем растворы: инфезола, лактопротеин с сорбитолом 100 мл в сутки, реосорбилакт, аминосол, ксилат, латрен и др. в течение первых 4-5 суток после операции. Осуществляли постоянный динамический контроль (через каждые 3-4 дня) за

состоянием белкового и электролитного обмена, коагулограммы и состоянием периферической крови. Энергетический баланс организма больных поддерживали введением глюкозо-инсулиновой смеси (8 ед.инсулина на 500 мл 5% раствора глюкозы).

С первых суток больным назначали антигистаминную терапию (димедрол, супрастин, тавегил 2 раза в сутки) в течение первых 5 суток, позволяющую уменьшить воспалительный отек тканей в зоне линии швов анастомоза. Обычно, после проведения выше описанного комплекса противовоспалительных мероприятий, на 3-4 сутки улучшается перистальтическая активность ЖК и кишечника, у больных начинали отходить газы.

Считаем не совсем оправданной излишнюю преждевременную стимуляцию перистальтической активности ЖК и кишечника (введением больших доз прозерина, церукала, калимина и др. препаратов), которые могут привести к недостаточности швов сформированного анастомоза. Для улучшения перистальтической активности кишечника больным бывает достаточно постановки одной или двух небольших по объему очистительных клизм.

При выраженных и стойких проявлениях анастомозита назначали капельницы с раствором метрагила 100 мл 2 раза в сутки, внутривенным введением цефалоспоринов и фторхинолонов 3 и 4 поколения, глюкокортикоидов (гидрокортизон, преднизолон), которые, наряду с выраженным антибактериальным противовоспалительным действием, угнетали мезенхимальную реакцию и замедляли развитие соединительной ткани. Применяли дробные дозы рентгенотерапии на область анастомоза. У больных с гипохромной анемией белковое равновесие компенсировали дробными (200-300 мл) гемотрансфузиями свежее заготовленной цельной крови (через день или один раз в три дня) под контролем общего анализа крови и мочи, коагулограммы. При неэффективности выше перечисленных мероприятий проводили дополнительное эндоскопическое бужирование анастомоза по разработанной нами методике; динамическое рентгенологическое исследование больных под экраном с дачей больному трех глотков бария, которое в ряде случаев давало положительный эффект и по-

зволяло продлить срок консервативной терапии до 10-14 суток. Следует отметить, что водная взвесь бария, обладает хорошим адсорбирующим действием и значительно снимает отек в области тканей анастомоза. При безуспешности консервативной терапии в течение 10-14 суток, сопровождающейся стойкой непроходимостью анастомоза и склонностью к истощению больного, осуществляли релапаротомию.

У ослабленных и истощенных больных предпочтение следует отдавать формированию впередиободочного переднего ГЭА с межкишечным соустьем по методике А.Г. Земляного (1973). Операцией выбора у компенсированных больных следует считать реконструктивную РЖ по типу Бальфура.

Применяемый нами комплекс лечебных мероприятий позволяет более эффективно лечить больных с постгастрорезекционным анастомозитом.

ДО ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ АНАСТОМОЗИТУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Л.І. Василенко, Ф.І. Гюльмамедов, С.О. Лецинський, Г.Є. Полунін, Н.М. Єнгенов, В.І. Волков

Освітлено основні принципи лікування анастомозиту в ранньому післяопераційному періоді після резекцій шлунку за методом Більрот-1 та Більрот-2 і трубчастих резекцій шлунку з формуванням ГДА і ГЕА, що дозволяють покращити функціональні результати операцій.

Ключові слова: анастомозити, резекції шлунка.

TO THE PROBLEM OF TREATMENT OF ANASTOMOSITIS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

L.I. Vasilenko, F.I. Gulmamedov, S.A. Leschinsky, G.Ye. Polunin, N.M. Yengenov, V.I. Volkov

Principal treatment of anastomosis in the early postoperative period after resections of a stomach on Billroth-1, Billroth-2 and Tubular resections of a stomach with formation gastro-duodenal and gastro-entero-anastomoses are covered, which to improve functional results of carried out operations.

Key words: anastomosis, resections of a stomach.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Л.И. Трубчатые резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв / Л.И. Василенко, И.Е. Верхулецкий. – Донецк: «Донеччина», 2003. – 336 с.
2. Велигоцкий Н.Н. Место современных органосохраняющих операций в лечении осложненных форм язвен-

- ной 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. / А.Г. Земляной – 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.

Стаття надійшла 15.02.2011