

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ АНАСТОМОЗИТ

Автаева Д.А., Илларионова И.Н., Катанов Е.С.

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
кафедра общей и детской хирургии

Ключевые слова: анастомозит, резекция желудка, рак желудка.

Резюме: были изучены истории болезни пациентов с резекцией желудка по поводу рака желудка в «Республиканском клиническом онкологическом диспансере» города Чебоксары, обнаружено, что распространенность постгастрорезекционного анастомозита достигает 18,8%. Проведен анализ двух групп сравнения с анастомозитом и без анастомозита, для выявления возможных причин развития этого осложнения и способов его предупреждения. На основе эндоскопических данных разработана классификация анастомозита.

Resume: were studied case histories of patients with gastric resection for gastric cancer in the "National Clinical Oncology Center" of the city of Cheboksary, it was found that the prevalence of anastomosis reaches 18,8%. An analyses comparing the two groups with and without anastomosis to identify possible causes of collapse of the complications and ways to prevent it. On, based on endoscopic findings, a classification of anastomosis.

Актуальность. В настоящее время резекция желудка, несмотря на недостатки, остается одной из самых распространенных операций в желудочной хирургии, особенно в онкологии. Только в России и США ежегодно выполняют более 100 тысяч операций по поводу язвенной болезни и в разы больше по поводу рака желудка, из них - больше половины - резекция желудка. Ранние послеоперационные осложнения возникают у 10-30% оперированных, летальность все еще составляет от 2 до 15%.

Анализ архивных материалов показывает, что в последние годы резекция желудка активно используется в абдоминальной хирургии онкологического профиля. В связи с ростом заболеваемости раком желудка происходит ежегодное увеличение числа резекций желудка и, как следствие, постгастрорезекционного анастомозита. Анастомозит – это начинающаяся несостоятельность швов, которая грозит: развитием тяжелых послеоперационных осложнений с последующим повторным хирургическим вмешательством. Развитие данной патологии значительно ухудшает качество жизни пациента. Правильная профилактика осложнения способствует сокращению затрат госбюджета в связи с ежегодной диспансеризацией больных послеоперационным анастомозитом.

Цель: изучение клиники и патологии «постгастрорезекционного анастомозита» для последующей разработки методов профилактики.

Задачи: 1. Провести сравнительный анализ опытной и контрольной групп по основным показателям общего анализа крови; 2. Определить зависимость возникновения осложнения от способа наложения анастомоза (аппаратный или ручной способ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов с выполненной резекцией желудка в 2009-2013 гг. в «Республиканском клиническом онкологическом диспансере» г. Чебоксары (РКОД), из них 30 (18,8%)

имело осложнение «анастомозит». Для анализа пациенты были разделены на две группы сходных по возрастным и половым признакам. Опытная группа включала 30 человек с осложнением «постгастрорезекционный анастомозит». Контрольная группа – 30 человек с проведенной резекцией желудка.

Результаты и их обсуждение. Анастомозит – это воспаление искусственно наложенного анастомоза (рис. 1). Этиология анастомозита до настоящего времени остается недостаточно выясненной. Данное осложнение, однако, грозит развитием тяжелых послеоперационных состояний с последующим повторным хирургическим вмешательством. К факторам, влияющим на возникновение этого осложнения, относят грубую технику наложения анастомоза, применение непрерывного кетгутового шва, сквозные проколы иглой при наложении перитонизирующих швов. На развитие анастомозита влияют состояние реактивности организма и характер шовного материала, аллергическая реакция на шовные нити, изготовленные из чужеродного белка, инфекционные осложнения в области наложенных швов, сдавление анастомоза извне, нарушения электролитного и белкового баланса в послеоперационном периоде [1, 2, 3].

В первые 3-4 дня после операции проходит воспаление зоны анастомоза травматической этиологии. Следствием воспаления является отек слизистого и подслизистого слоев культи желудка и кишки в зоне наложенных швов.

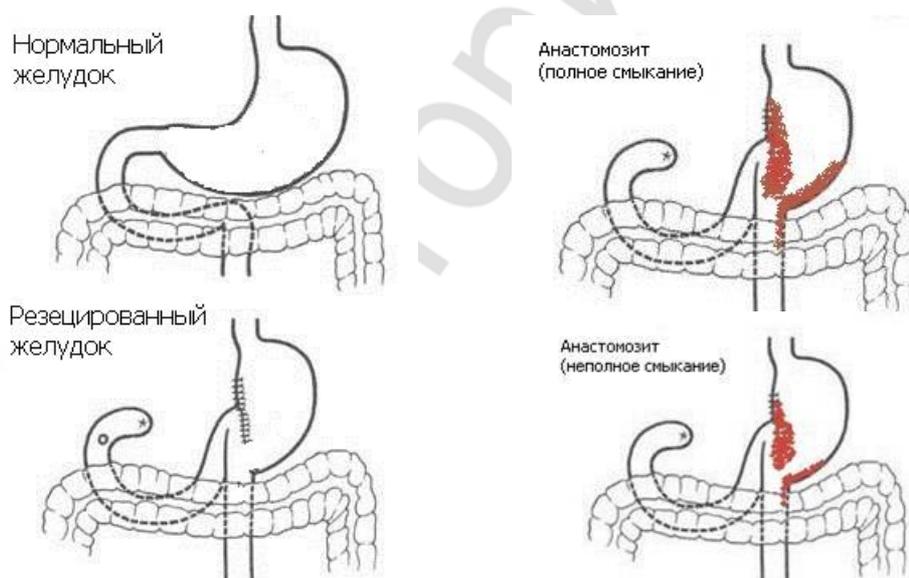


Рис. 1 - Анастомозит

Отек анастомотической губы приводит к сужению анастомоза иногда до полной непроходимости. На 5-7-е сутки отек анастомоза значительно уменьшается и проходимость его восстанавливается.

На основе данных фиброгастроскопии 30 пациентов была разработана классификация, включающая в себя три аспекта: функциональную характеристику, морфологическую картину и стадию заболевания.

По функциональной характеристике анастомоз может быть:

1) функционально-состоятельным, то есть выполнять клапанную функцию (исключение заброса желудочного или кишечного содержимого в пищевод) и сфинктерную функцию (координация пассажа пищи);

2) функционально-несостоятельным:

а) полностью, когда имеются признаки нарушения обеих функций одновременно;

б) частично, когда имеются признаки нарушения одной из функций.

Частично функционально-несостоятельный анастомоз подразумевает: отсутствие сфинктерной функции – анастомоз зияет; снижение сфинктерной функции – анастомоз не полностью смыкается; отсутствие/снижение клапанной функции – рефлюкс.

По морфологической картине мы выделяем:

1. Катаральный (простой) - слизистая оболочка утолщена, отечна, гиперемирована, поверхность обильно покрыта слизистыми массами, видны множественные мелкие кровоизлияния, эрозии. При микроскопическом исследовании выявляются дистрофия, некробиоз и слущивание поверхностного эпителия, клетки которого отличаются повышенным слизиобразованием;

2. Эрозивный - слущивание клеток ведет к эрозии;

3. Фибриновый - на поверхности утолщенной слизистой оболочки образуется фибриновая пленка;

4. Язвенный – образование язвы;

5. Язвенно-перфоративный – происходит перфорация язвы;

6. Лигатурный – выделен отдельно поскольку в данной ситуации развитие воспалительной реакции идет непосредственно в зоне лигатур;

7. Смешанный.

Язвенный, язвенно-перфоративный и лигатурный анастомозит выделяется либо на передней губе анастомоза, либо на задней.

По стадиям анастомозит может быть острым или хроническим.

При анастомозите наблюдается следующая клиническая картина:

1. При легкой степени клинические проявления отсутствуют. Эндоскопически: отек, кровоизлияния в слизистой губ анастомоза, проходимость не нарушена;

2. При средней степени анастомозита появляется клиника нарушения пассажа пищи (тяжесть в подложечной области после еды, срыгивания, икота), тошнота, периодические или постоянные боли в эпигастрии. Эндоскопически: выраженный отек слизистой губ анастомоза, множество мелких кровоизлияний, наложение пленок фибрина и сужение просвета анастомоза;

3. При тяжелой степени возникает обильная рвота пищей (нередко с примесью желчи), больные быстро худеют. Эндоскопически: резкий отек губ анастомоза, сливные кровоизлияния, массивные наложения фибрина и полное закрытие анастомоза.

При обследовании у больных с анастомозитом выявлены следующие характерные жалобы: постоянные или периодические боли в эпигастрии; периодически возникающее чувство тошноты, рвоты; общая слабость, вялость, недомогание; снижение аппетита, похудание.

В анамнезе: раковое заболевание желудка, резекция желудка по поводу рака.

Сравнительный анализ групп по основным показателям общего анализа крови выявил, что в контрольной группе лейкоцитоз более выражен. Это может указывать на более высокую ответную реакцию иммунной системы. Следовательно, низкая ответная реакция обеспечивает большую вероятность развития анастомозита. Также наблюдаются незначительные различия в отношении эритроцитов, гемоглобина, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (табл.1).

Таблица 1 - Показатели крови

	Лейкоциты	Эритроциты	Гемоглобин	Тромбоциты	СОЭ
Опытная	8,97±1,67	3,93±6,9	114,4±6,9	260,83±36,64	21,63±5,45
Контрольная	10,89±1,34	4,11±0,19	118,1±8,48	273,7±45,2	18,58±4,37

Основные аппараты, используемые для наложения анастомоза следующие: УО-60, ТА-55, ТА-90, Proximate 60, Countur. Ручной способ наложения анастомоза встречался несколько реже. Однако, по результатам исследования, зависимости от вида наложения анастомоза ручным или аппаратным способом не выявлено.

Профилактикой острого анастомозита является правильность оперативной техники (выполнение операции опытным хирургом) и наложение анастомоза между функционирующими органами (перистальтика должна сохраняться, чтобы не было застоя желудочного, кишечного содержимого). В наших наблюдениях прослеживается четкая зависимость частоты развития анастомозита от вида кишечного шва. Применение отдельных узловатых швов, особенно в стадии освоения, значительно увеличило частоту анастомозитов. Накладывание первого ряда швов непрерывным способом с двумя узлами, располагаемыми по диаметру окружности анастомоза, резко сократило возникновение анастомозита [3].

Постоянная аспирация желудочного содержимого через тонкий зонд в течение 3-4 суток после операции снижает частоту анастомозита с 7 до 4,5%. Снижает частоту анастомозита после резекции желудка подготовка пациентов к операции, направленная на снижение воспалительного процесса в слизистой оболочке зоны операции, уменьшение выраженности перигастрита и перидуоденита [4].

Выводы:

1. Частота встречаемости постгастрорезекционного анастомозита 18,8%;
2. Этиология осложнения в настоящее время остается не выясненной, однако низкая ответная реакция иммунной системы является фактором риска развития;
3. Четкой зависимости от вида наложения анастомоза аппаратным или ручным способом не выявлено.

Литература

1. Глиенко Ю.А. К вопросу об анастомозитах // Клиническая хирургия -1974. -№1.-С.49-53.

2. Годиевский А.И., Шапринский В.А. Анастомозит после резекции желудка и его лечение //Вестн.хирургии. -1995. –Т154. -№2. –С. 110-111
3. Катанов Е.С. Острый послеоперационный панкреатит – Чебоксары: Изд-во «Чувашия», 2000. –С. 206-223.
4. Шкроб О.С. Систематическая аспирация желудочно-кишечного содержимого как метод профилактики атонии после резекции. Дис. –М., 1953.