



В.В. Бойко, Ю.В. Иванова,
С.А. Савви, Е.В. Мушенко,
В.Г. Грома

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ И ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии НАМН
Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. Представлен опыт лечения несостоятельности пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов у больных, оперированных по поводу рака желудка. Было установлено, что применение активной хирургической тактики и дифференцированного подхода лечения, зависящего от тяжести состояния больных, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальность.

Ключевые слова: *осложненный рак желудка, несостоятельность анастомоза, острые язвы пищевода.*

Введение

Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза развивается у 5,9–12 % пациентов, перенесших гастрэктомию, и сопровождается высокой летальностью, которая приближается к 100 % [1, 5]. При этом основными причинами смерти являются гнойно-септические осложнения, возникающие вследствие проникновения инфекции в ткани, участвующие в формировании анастомоза, затем в окружающие серозные полости [3]. Следует также отметить, что в ряде случаев приходится выполнять вынужденную гастрэктомию у больных с перитонитом, развивающегося на фоне перфораций опухолей желудка, что встречается более чем у 14 % больных раком желудка [4, 2].

Цель исследований

Изучение результатов лечения больных с несостоятельностью пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов, у которых применялась разработанная в клинике хирургическая тактика.

Материалы и методы исследований

Проанализированы результаты хирургического лечения 85 больных в возрасте от 46 до 80 лет, находившихся на лечении с 1991 по 2012 гг. По тяжести состояния, характеру проявлений, методам хирургического лечения, реализации программы интенсивной терапии все больные распределены на две группы. Первая – сравнения (44 больных), оперированных в 1991–2012 гг., у которых проанализированы результаты лечения. Вторая – основная (41 больной), оперированные в 2002–2012 гг. с применением предложенной хирургической тактики лечения.

В каждой группе больные были разделены в соответствии с оценкой тяжести физического состояния больных по шкале APACHE II (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по шкале APACHE II

Группа больных /Количество баллов	Количество больных		Прогнозируемая летальность (%)
	абс.	%	
Группа сравнения: <10 баллов (6,75±0,19, от 6 до 9)	12	27,3	<10
≥10<20 баллов (12,47±0,53, от 10 до 17)	14	31,8	10-22
≥20 баллов (23,36±0,72, от 20 до 28)	18	40,9	30-50
Всего:	44	100	
Основная группа: <10 баллов (7,14±0,32, от 3 до 9)	10	24,4	<10
≥10<20 баллов (12,88±0,50, от 10 до 19)	14	34,1	10-22
≥20 баллов (25,62±1,3, от 21 до 37)	17	41,5	30-82
Всего:	41	100	

В первой и во второй группах число больных, количество баллов у которых по шкале APACHE II не превышала 10 баллов, было соответственно 27,3 и 24,4 %, причем, уровень прогнозируемой летальности не превышал 10 %; с количеством баллов от 10 до 20 (уровень прогнозируемой летальности 10–22 %) соответственно 31,8 и 34,1 % больных; с количеством баллов ≥20 (уровень прогнозируемой летальности от 30 до 82 %) соответственно 40,9 и 41,5 % больных.

Осложнения развивались после следующих операций: гастрэктомии у 34 (77,4 %) у больных группы сравнения и 33 (80,6 %) пациентов основной группы, а также после субтотальной проксимальной резекции желудка 10 пациентов (22,6 %) и 8 (19,4 %) соответственно по группам. При этом перфорации острых язв пищевода отмечены у 19 (43,2 %) больных группы сравнения и 12 (29,3 %) основной группы, в остальных случаях отмечена несостоятельность швов анастомозов. Следует отметить, что большинство пациентов исследуемых групп (72,7 % и 75,7 % соответственно) оперированы на фоне осложненного рака желудка

Распределение больных по отсутствию или наличию SIRS и MODS

Группы больных	SIRS/ (%)	MODS/ (%)				
		Отсутствие	2 органа	3 органа	4 органа	5 органов
Сравнения	100 %	12 (27,3 %)	14 (31,8 %)	12 (27,3 %)	6 (13,6 %)	–
Основная	100 %	10 (24,4 %)	11 (26,8 %)	13 (31,3 %)	4 (9,7 %)	3 (7,4 %)
Всего:	–	22 /25,9 %	25 /29,4 %	25/29,4 %	10 /11,8 %	3/ 3,5 %

и объем оперативных вмешательств был вынужденным. В клинику института из других стационаров переведены 12 пациентов группы сравнения и 10 пациентов основной группы.

SIRS диагностирован у всех больных группы сравнения и основной группы, MODS – у 72,7 % и 75,6 % больных, соответственно. (табл. 2).

Диагностическая программа включала общеклинические анализы крови и мочи, биохимические, иммунологические и бактериологические исследования. Уровень токсемии определяли на основании лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу (1941) и содержанию пептидов средней молекулярной массы (ПСММ).

Рентгенологические исследования проводилось с помощью рентгенологического аппарата «ТУР-1101» (Германия), эндоскопические исследования проводили с использованием видеоэндоскопической системы «Fujinon» (Япония) серии W, видеоскопа для верхних отделов ЖКТ WG-88FP с использованием цифровой системы обработки, анализа и архивации эндоскопических видеоизображений, а также фибродуоденоскопом фирмы «Olympus». В динамике обследования больных проводились: оценка физического состояния по шкале APACHE II перед операцией и на 5-6 сутки после операции.

У всех больных оценивали развитие инфекционных осложнений, наличие SIRS (ACCP/SCCM Consensus Conference Conmmitee, 1992) и MODS по Zimmerman J.E. и соавт. (1996), а также уровень послеоперационной летальности.

Результаты исследований и их обсуждение

У 26 пациентов группы сравнения, тяжесть состояния которых по шкале APACHE II не превышала 20 баллов, применялась активная хирургическая тактика лечения – релапаротомия, ушивание дефектов с проведением зонда в отводящую петлю тонкой кишки для питания. К Консервативная тактика лечения – Эндоскопическое проведение зонда в отводящую петлю, энтеральное зондовое питание, местное лечение, контроль и коррекция метаболических расстройств – применены 18 наиболее тяжелым пациентам этой группы.

С 2002 года в клинике института принята активная хирургическая тактика лечения пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов и перфорацией острых язв, ко-

торая заключалась в следующем. У больных, тяжесть состояния которых по шкале APACHE II не превышает 10 баллов, выполняли экстирпацию грудного отдела пищевода из лапаротомного и шейного доступов с наложением гастро- или еюностомы и эзофагостомы.

Больным тяжесть состояния которых по шкале APACHE II составляла от 10 до 20 баллов, применялся разработанный способ хирургического вмешательства, который выполняется следующим образом (Заявка на пат. Украины № 74780 от 12.11.2012) (рис. 1).

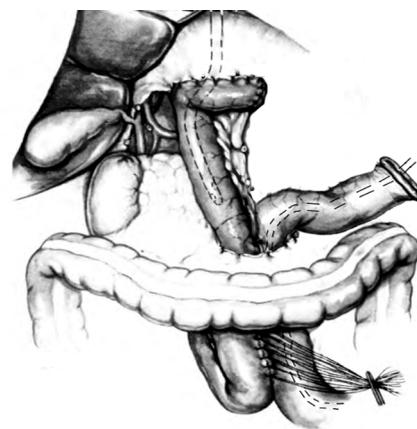


Рис. 1. Способ лечения перфораций пищеводно-тонкокишечного анастомоза (Заявка на пат. Украины № 74780 от 12.11.2012)

У 17 больных основной группы, тяжесть состояния которых по шкале APACHE II превышала 20 баллов, в виду крайней степени тяжести состояния и высокого риска переносимости оперативного вмешательства, выполнялись эндоскопические стентирования пищеводными стентами Hanarostent производства M.I. Tech (Корея) с антирефлюксным клапаном. Трансназально в отводящую петлю проводился зонд для питания (рис. 2).

В табл. 3 приведены данные о динамике тяжести состояния больных исследуемых групп по шкале APACHE II в процессе лечения. Как видно из приведенных в таблице данных, на 5-6 сутки после операции тяжесть состояния по шкале APACHE II у больных группы сравнения снижалась и составляла в среднем $3,6 \pm 0,3$; $6,8 \pm 0,4$ и $17,01 \pm 1,12$ баллов. У больных основной группы к 5-6 суткам после операции – соответственно $2,4 \pm 0,3$; $5,3 \pm 0,4$ и $12,2 \pm 1,4$ баллов.



Таблица 3

Динамика изменений количества баллов по шкале АРАСНЕ II в процессе традиционного и предлагаемого комплекса лечения ($M \pm m$)

Группы	Сроки	До 10 баллов по шкале АРАСНЕ II	От 10 до 20 баллов по шкале АРАСНЕ II	Более 20 баллов по шкале АРАСНЕ II
Сравнения исходные:	5-6 сутки:	6,8±0,2 (n=12) 3,6±0,3 (n=8) p<0,001	12,5±0,5 (n=14) 6,8±0,4 (n=11) p<0,001	23,4±0,7 (n=18) 17±1 (n=9) p<0,001
	Основная исход: 5-6 сутки:	7,14±0,32 (n=10) 2,4±0,3 (n=10) p<0,001 p ₁ >0,5 p ₂ <0,01	12,66±0,50 (n=14) 5,3±0,4 (n=9) p<0,001 p ₁ >0,5 p ₂ <0,01	25,68±1,31 (n=17) 12±1,2 (n=9) p<0,001 p ₁ >0,5 p ₂ <0,05

Примечания: p – достоверность между исходными данными и 5-6 сутками лечения больных; p₁ – достоверность между исходными данными; p₂ – достоверность между данными, полученными при окончании лечения.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и летальность у больных обеих групп

Группы больных/Количество баллов	Количество больных		Число осложнений		Послеоперационная летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения						
<10 баллов	12	27,3	2	4,5	1	2,3
≥10<20 баллов	14	31,8	6	13,6	5	9,1
≥20 баллов	18	40,9	11	25	9	15,9
Всего:	44	100	19	43,2	15	34,1
Основная:						
<10 баллов	10	24	1	4,2	1	4,2
≥10<20 баллов	14	34,1	3	7,3	2	4,9
≥20 баллов	17	41,5	8	47,1	7	41,2
Всего:	44	100	12	29,2	10	24,3



Рис. 2. Пациентка С., 66 лет, и. б. № 6642. Стентирование пищевода с проведением зонда для питания

ЛИИ перед операцией у больных основной группы превышал этот показатель, у больных группы сравнения недостоверно ($p > 0,5$). Использование традиционного комплекса лечебных мероприятий привело к снижению у больных группы сравнения к 3-5 суткам лечения ЛИИ в 1,6 раз, а к 7-10-м суткам от начала лечения ЛИИ снизился в 2 раза. Более выраженная тенденция к снижению изучаемого показателя отмечена у больных после проведения предлагаемого лечебно-тактического подхода: к 3-5 суткам ЛИИ снизился в 2 раза, а

к 7-10 суткам от начала лечения отмечено снижение этого показателя в 3 раза по сравнению с исходными данными.

Уровень эндогенной интоксикации характеризовался также результатами исследования ПСММ. Высокое содержание ПСММ в дооперационном периоде, превышавшее нормальные значения более чем в 2 раза, свидетельствовало о выраженности интоксикации. В основной группе содержание ПСММ составляло $0,380 \pm 0,02$ у.е., в группе сравнения – $0,420 \pm 0,04$ у.е. На 3-и сутки послеоперационного периода концентрация ПСММ у больных основной группы заметно снизилась в сравнении с дооперационным периодом и составила $0,330 \pm 0,02$ у.е. В группе сравнения исследуемый показатель снижался незначительно (составил $0,410 \pm 0,04$ у.е.). К пятым послеоперационным суткам у больных основной группы исследуемый показатель приближался к нормальным значениям и составлял $0,250 \pm 0,02$ у.е., тогда как у пациентов группы сравнения достоверной нормализации уровня ПСММ не отмечено.

Анализ общего числа осложнений и послеоперационной летальности у больных обеих групп представлен в табл. 4.

Как свидетельствуют данные, приведенные в табл. 4, в группе сравнения число послеоперационных осложнений составило 43,2 %, летальность – 78,9 % (умерло 19 пациентов).

Характер послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Группа сравнения				Основная группа			
	Количество		Летальность		Количество		Летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны	7	15,9	1	14,2	5	12,1	–	–
Образование внутрибрюшных абсцессов	3	6,8	2	66,7	1	2,4	–	–
Продолжающийся перитонит	5	11,4	5	100	3	7,3	2	75
Легочные и внутриплевральные осложнения	12	27,3	6	50	3	7,3	1	33,3
Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы	2	4,5	1	30	–	–	–	–

У больных основной группы число послеоперационных осложнений составило 21,9 %, а уровень послеоперационной летальности – 19,5 %.

Как в группе сравнения, так и в основной группе пациентов основной причиной смерти явилась прогрессирующая ПОН.

У больных основной группы отмечено меньшее число гнойно-септических осложнений, чем в группе сравнения (табл. 5). При этом нагноение послеоперационной раны отмечено у 5 (12,1 %) больных основной группы, образование внутрибрюшного абсцесса у 1 (2,4 %), продолжающийся перитонит – у 3 (7,3 %), пневмония – у 3 (7,3 %). Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не было, тогда как эти осложнения отмечены у 2 пациентов группы сравнения, в 1 случае – с летальным исходом.

Через 6 месяцев после выписки выполнялись реконструктивные операции этапы операций – пластики грудного отдела пищевода

сегментами кишечника 6 выжившим больным, перенесшим экстирпацию пищевода, 4 пациентам, которым накладывались губовидные еюностомы, через 4-6 месяцев в плановом порядке производили закрытие стом из локального доступа.

Выводы

Таким образом, внедрение в практику лечения больных с несостоятельностью пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов активной хирургической тактики и дифференцированного подхода к лечению позволило добиться достоверно более быстрого снижения уровня эндогенной интоксикации и выраженности системного воспалительного ответа. Предлагаемый лечебно-тактический подход позволил снизить количество послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с перфорациями пищевода с 43,2 до 34,1 % (в 1,5 раза) и послеоперационную летальность с 78,9 до 66,7 % (в 1,5 раза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия / С.А. Гешелин – К. : Здоров'я, 1988. – 200 с.
2. Давыдов М.И. Рак желудка: что определяет стандарты лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абдихакимов // Практическая онкология. – 2001. – № 3 (7). – С. 18-24.
3. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 24-28.
4. Фомін П.Д. Хірургічні аспекти кардіоезофагального раку, що ускладнився гострою кровотечею / П.Д. Фомін, П.В. Іванов, О.В. Заславський // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 303-305.
5. Юлдошев Р.З. Интраоперационные и ближайшие послеоперационные осложнения у больных после гастрэктомии / Р.З. Юлдошев: материалы I конгресса онкологов Республики Узбекистан. – Ташкент. – 2005. – С. 343.



ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА
ПРИ НЕСПРОМОЖНОСТІ
СТРАВОХІДНО-КИШКОВИХ
ТА СТРАВОХІДНО-
ШЛУНКОВИХ
АНАСТОМОЗІВ

*В.В. Бойко, Ю.В. Іванова,
С.О. Савві, Є.В. Мушенко,
В.Г. Грома*

Резюме. Наведено досвід лікування неспроможності стравохідно-кишкових та стравохідно-шлункових анастомозів у хворих, які оперовані з приводу раку шлунку. Було встановлено, що використання активної хірургічної тактики та диференційованого підходу лікування в залежності від тяжкості стану хворих дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень та летальність.

Ключові слова: ускладнений рак шлунку, неспроможність анастомозу, гострі виразки стравоходу.

SURGICAL TACTICS
IN PATIENTS WITH
INSUFFICIENCY OF
INTESTINO-ESOPHAGEAL
AND GASTRO-ESOPHAGEAL
ANASTOMOSIS

*V. V. Boyko, Yu. V. Ivanova,
S. A. Savvi, E. V. Mushenko,
V. G. Groma*

Summary. The experience of treatment of intestine-esophageal and gastro-intestinal anastomosis insufficiency in patients operated for gastric cancer is performed in the article. It was established that using of active surgical tactics and differentiated approach depending on severity of patients' condition allows to decrease morbidity and mortality rate.

Key words: complicated gastric cancer, anastomosis insufficiency, acute ulcers of esophagus.