



В.О. Шапринський,
В.Ф. Кривецький,
Є.В. Шапринський,
В.І. Поліщук

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

© Колектив авторів

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РУБЦЕВІ ПІСЛЯОПІКОВІ СТРИКТУРИ СТРАВОХОДУ

Резюме. Стаття присвячена оперативному лікуванню післяопікових рубцевих стриктур шляхом заміщення ураженого стравоходу товстою кишкою, що було виконано у 44 хворих. Показами до втручань були: повна рубцева непрохідність стравоходу, неможливість або велика небезпека бужування, швидкий рецидив стриктури, перфорація в анамнезі, наявність стравохідної нориці. Найкращі результати отримано при проведенні ізоперистальтичної ретростернальної колоезофагопластики лівою половиною товстої кишки.

Ключові слова: післяопікова стриктура стравоходу, езофагопластика, товста кишка.

Вступ

Рубцеві післяопікові стриктури на сьогоднішній день залишаються актуальним захворюванням і, як правило, виникають у дорослих, займаючи друге місце після пухлин стравоходу. Кількість хворих на дану патологію невідомо зростає, що обумовлено розвитком науково-технічного прогресу та широким впровадженням нових хімічних речовин у промисловість та побут людини. Частіше післяопікові рубцеві стриктури виникають внаслідок хімічних опіків (лугами чи кислотами), рідше термічних опіків, а також пов'язаних з прийомом окислювачів (пергідролу і ін.) [4, 6, 7]. Лікування даної патології є надзвичайно важким, що підтверджується підвищеною кількістю ускладнень та рівнем летальності, і залишається, на сьогоднішній день, складною і до кінця не вирішеною проблемою. Це обумовлено багатьма причинами: починаючи із анатомічних особливостей будови стравоходу, його розташування, особливостей кровопостачання, близького розташування з життєво важливими органами та особливостями, що пов'язані з важкістю загального стану даного контингенту хворих, виснаженням, нерідко у вигляді кахексії [1, 3, 5].

На початкових стадіях захворювання загальні принципи лікування направлені на максимальне використання можливостей бужування у різних його модифікаціях. У випадках незадовільних результатів консервативного лікування вдаються до оперативного лікування – виконання пластики стравоходу, яка може здійснюватись шлунковою трубкою, тонкою або товстою кишкою. Вибір трансплантанта при створенні штучного стравоходу є одним з дискусійних питань. Іншою важливою проблемою є виникнення неспроможності швів стравохідно-органичних анастомозів, яка коливається від 5 до 31 % та складає в середньому 14,6 % [2, 8, 9, 10]. Високою є і післяопераційна летальність, що складає 3,2 – 18,8 % [1, 5].

Мета роботи

Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на рубцеві післяопікові стриктури та покращити їх шляхом обґрунтованого підходу до того чи іншого методу лікування.

Матеріали і методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 197 пацієнтів з післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу, що знаходились на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 1990 по 2011 роки.

Після проведення діагностичних заходів проводили лікування, яке розпочинали з бужування. Бужування проводили антеградним шляхом по провіднику, а у 4 випадках, коли була наявна гстростома, проводили ретроградно. У 11 виснажених хворих з кахексією формували гастростому за Вітцелем.

Пластику стравоходу виконано у 44 пацієнтів: 38 чоловіків і 6 жінок. Стеноз стравоходу був у верхній третині – у 15, в середній – у 17, в нижній – у 10, в верхній і середній – у 2 хворих. Тотальна пластика була виконана у випадках, коли довжина звуження стравоходу складала 5-8 см. Тривалість від моменту отримання опіку до пластики складала від 3 місяців до 15 років.

Результати дослідження та їх обговорення.

Показами до тотальної езофагопластики були: повна непрохідність стравоходу, наявність стенозуючої ділянки довжиною більше 3,5 см, що не піддається бужуванню, наявність декількох звужень стравоходу, нориці стравоходу, раніше виконана екстирпація стравоходу, швидкий рецидив дисфагії після бужування, ускладнення перфорацією стінки при бужуванні.

При декомпенсованому, важкому загальному стані хворого пластика стравоходу проводилась у два етапи. На першому етапі у кахектичних хворих формувалась гастростома



за Вітцелем. Під час виконання гастростомії проводили вивчення ангіоархітекtonіки товстої кишки та намагалися перев'язати одну з магістралей. В середньому період між першим і другим етапами операції складав 3-4 місяці. Одномоментні втручання проведено у 2 хворих з швидко прогресуючим стенозом.

У клініці надають перевагу ізоперистальтичній ретростернальній пластиці стравоходу лівою половиною ободової кишки. З цією метою виділяють трансплантат, що складається з частково висхідної, поперековоободової і частини нисхідної ободової кишки зі збереженням лівої ободової артерії. Довжина трансплантату в середньому складає 40 см. У малому сальнику робили отвір і через нього позаду шлунку проводили мобілізовану кишку таким чином, щоб не було перекруту судинної ніжки. Формували анастомоз між нижнім кінцем трансплантату з передньою стінкою шлунку в антральному відділі, у 1 випадку при короткій живлячій судині анастомоз сформували з задньою стінкою шлунку. При наявності гастростоми останню зберігали для харчування в післяопераційному періоді. Відновлювали безперервність товстої кишки, формуючи анастомоз між висхідною і нисхідною (сигмовидною) кишкою «кінець в кінець». Трансплантат через ретростернальний тунель проводили на ший, формували езофагоколоанастомоз. При формуванні даного анастомозу виникає велика частота неспроможності швів. Нами для попередження неспроможності швів даного анастомозу в більшості випадків проводили формування анастомозу по типу інвагінаційного «кінець в кінець». При дещо ширшій товстій кишці формували терміно-латеральний езофагоколоанастомоз з адекватним дренажуванням ділянки анастомозу.

У післяопераційному періоді проводили енергальне харчування сумішами підвищеної калорійності через назогастральний зонд або через гастростому. На 8-10 добу перевіряли спроможність езофагоколоанастомозу шляхом проведення рентгенологічного дослідження з пероральним введенням водорозчинного контрасту. Після чого дозволяли спочатку пити, а потім приймати їжу.

Серед післяопераційних ускладнень найчастішою була неспроможність езофагоколоанастомозу (9) і фарінгоколоанастомозу (2), в пізньому післяопераційному періоді – це виникнення його стриктур. Лікування неспроможностей вдалося провести консервативним шляхом. У 1 випадку при пластиці антиперистальтично розміщеним трансплантатом при виниклій неспроможності езофагоколоанастомозу сформувалася нориця, яка призвела до виснаження, кахексії і загибелі хворого. Стриктур стравоходу лікували консервативно шляхом бужування. В одному випадку у пізньому післяопераційному періоді виник сліпий мішок стравоходу, що залишився. Це ускладнення ліквідовано оперативним шляхом.

Післяопераційна летальність склала 6,8 %. Померло троє хворих. Причиною смерті у одного була неспроможність езофагоколоанастомозу, у двох – прогресуюча серцево-легенева недостатність на фоні поліорганних порушень.

Висновки

Таким чином, отримані результати нашої роботи дають підґрунтя вважати, що кращим способом пластики стравоходу – є ізоперистальтична ретростернальна товстокишкова пластика лівою половиною ободової кишки. У важкохворих і виснажених хворих доцільним є етапне лікування післяопікових рубцевих стенозів стравоходу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Аллахвердян А.С.* Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка / А.С. Аллахвердян, В.С. Мазурин, В.А. Исаков // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 3. – С. 61 – 67.
2. *Багиров М.М.* Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода / М.М. Багиров, Р.И. Верещако // Клінічна хірургія. – 2008. – № 8. – С. 11 – 15.
3. *Бакиров А.А.* Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А.А. Бакиров // Вестник хирургии. – 2001. – № 1. – С. 53 – 57.
4. *Восстановленные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода* / В.Ф. Саенко, С.А. Андреешев, П.Н. Кондратенко, С.Д. Мясоедов // Клінічна хірургія. – 2002. – № 5 – 6. – С. 4.
5. *Ксенофонтов С.С.* Вдосконалення товстокишкової езофагопластики при високих опікових та протяжних доброякісних рубцевих стриктурах стравоходу і глотково-стравохідного переходу: автореф. дис...д-ра мед наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / С.С. Ксенофонтов. – К., 2007. – 40 с.
6. *Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода* / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, А.И. Чернооков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 50 – 54.
7. *Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и выходного отдела желудка* / В.В. Бойко, С.А. Криворучко, С.А. Савви [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – № 2. – С. 187 – 189.
8. *Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка* / Н.Р. Рахметов, Д.С. Жетимкаринов, В.А. Хребтов и др. // Хирургия. – 2003. – № 11. – С. 17 – 19.
9. *Dantas R.O.* Motility of the transverse colon used for esophageal replacement / R.O. Dantas, R.C. Matede // J.Clin Gastroenterol. – 2002. – Vol. 34, № 3. – P. 225 – 228.
10. *Maish M.S.* Indications and technique of colon and jejunal interposition for esophageal disease / M.S. Maish, C. Denschamps // Surg. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 85, № 3. – P. 505 – 514.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С РУБЦОВЫМИ
ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ
СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

*В.А. Шапринский,
В.Ф. Кривецкий,
Е.В. Шапринский,
В.И. Полищук*

Резюме. Статья посвящена оперативному лечению рубцовых послеожоговых стриктур путем замещения пораженного пищевода толстой кишкой, что было призведено у 44 больных. Показаниями к операции было: полная рубцовая непроходимость пищевода, невозможность проведения или большой риск бужирования, быстрый рецидив стриктуры, перфорация в анамнезе, наличие пищеводного свища. Наилучшие результаты получены именно при проведении изоперистальтической ретростеральной колоэзофагопластики левой половиной толстой кишки.

Ключевые слова: *послеожоговая стриктура пищевода, эзофагопластика, толстая кишка.*

THE TREATMENT OF
PATIENTS AT THE
CICATRICAL STHENOSIS OF
THE ESOPHAGUS AFTER
BURNS

*V.O. Shaprynskyy,
V.F. Kryvecky, Y.V. Shaprynskyy, V.I. Polishuk*

Summary. The article is devoted to operative treatment of ambustial sthenosis by the replacement of damaged esophagus with the colon which were performed in 44 patients. The indications for the interferences included complete cicatrical sthenosis of the esophagus, the impossibility or the danger of the bouginage, rapid progress of the narrowing, perforation in anamnesis, presence of esophageal fistula. The better results were obtained at the isoperistaltic retrosternal replacement of esophagus with the left part of the colon.

Key words: *post burning sthenosis of the esophagus, colon.*