



В. В. Бойко, С.О. Савві,
В. В. Жидецький,
А. Ю. Королевська,
С. А. Новіков

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРОТЯЖНИМИ ПІСЛЯОПІКОВИМИ СТРИКТУРАМИ СТРАВОХОДУ

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

© Колектив авторів

Резюме. Післяопікові рубцеві стриктури стравоходу є однією з найбільш поширених хірургічних патологій. Дуже суперечливими є існуючі підходи до лікування наслідків поєднаних опіків стравоходу та шлунка, стравоходу і глотки, немає єдиної думки щодо термінів та методів усунення післяопікового рубцевого стенозу. Відновні операції на стравоході залишаються найбільш складним, завершальним етапом лікування.

Ключові слова: післяопікові стриктури стравоходу, двоетапна хірургічна тактика, гастростомія, ізоперистальтична гастростома, нутритивний статус.

Вступ

Близько 87 % хворих з опіками стравоходу становлять люди працездатного і молодого віку, причому до 55 % з них отримують хімічний опік випадково. Разом з тим низка питань, що пов'язана з хірургічною тактикою лікування хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу, оптимальної корекції їх нутритивного статусу, залишається недостатньо дослідженою [1, 2, 13, 14].

Відсутність тенденції до зменшення кількості таких пацієнтів, тактичні помилки лікарів на перших етапах лікування післяопікової стриктури і, як наслідок, збільшення кількості хворих з ускладненими рубцевими стенозами стравоходу, усунення яких можливе тільки за використання перевіреної й часто індивідуальної лікувальної програми. Це диктує необхідність розробляти й освоювати нові тактичні та технічні прийоми щодо усунення наслідків опіку стравоходу [4, 5, 6, 7].

Мета досліджень

Поліпшення результатів лікування хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу шляхом удосконалення методів хірургічного лікування з урахуванням нутритивного статусу.

Матеріали і методи досліджень

В основу нашого дослідження покладено результати обстеження та лікування 87 хворих, які отримували лікування з приводу післяопікових стриктур стравоходу та шлунка у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» (ІЗНХ) в 2009-2018 рр.

В процесі лікування пацієнти були розділені на 2 групи. Розподіл хворих на групи здійснювався за методом стратифікаційної рандомізації, що дозволило найбільшою мірою забезпечити однорідність груп за основними ознаками на первісному етапі дослідження.

Хворі основної групи (n-43) отримували в ході підготовки до реконструктивно-відновної операції ентеральне (ЕХ) та парентеральне (ПХ) харчування з переважанням ентерального харчування через гастростому у вигляді ізоперистальтичної трубки дугоподібної форми по малій кривизні шлунка, сформованої за розробленою методикою (патент України № 92441 від 11.08.2014). Ця гастростома в подальшому застосовувалася для виконання езофагогастропластики.

Другу групу – порівняння (n-44) склали хворі, яким була накладена гастростома за Кадером, та які одержували в перед- і в післяопераційному періоді переважно ПХ зі спробами застосування бужування та дилатації стравоходу. При радикальному хірургічному лікуванні в даній групі застосовували товстокишкову пластику стравоходу.

В основній групі жінки склали 9 хворих (20,9 %), чоловіки 34 (79,1 %). У групі порівняння чоловіків було 37 (84,1 %), жінок 7 (15,9 %). Більше ніж 90 % пацієнтів знаходилися в працездатному віці, і отримали хімічну поєднану травму стравоходу і шлунка в побуті.

В основній групі за характером прийнятої речовини, яка викликала хімічний опік стравоходу і шлунка, були кислоти в 30 (69,8 %), ідкі луги – у 10 (23,1 %), невідомі речовини – у 3 (7 %) випадках.

Тотальне та субтотальне ураження шлунка та стравоходу показано у таблиці 1.

У переважній більшості хворих основної групи та групи порівняння спостерігалася дисфагія третього ступеня, а саме у 26 (60,5 %) та 32 (72,7 %) відповідно, та четвертого ступеня 10 (23,2 %) та 8 (18,2 %) відповідно. У 2 (4,6 %) хворих основної групи була дисфагія першого ступеня, що вказано у таблиці 2.

Дефіцит маси тіла (ДМТ) відзначено у 42 хворих як в основній групі, так і в групі порівняння. У 19 (44,2 %) хворих основної та у 25 (56,8 %) пацієнтів групи порівняння де-

фіцит маси тіла перевищував 30 % за індексом Кетле. Тільки у 3 хворих обох досліджуваних груп не відзначено дефіциту маси тіла. Супутня патологія виявлена у 32 хворих як основної групи, так і групи порівняння в таблиці 3.

Таблиця 1

Локалізація і протяжність післяопікових стриктур стравоходу та шлунку в обох групах

Локалізація післяопікової рубцевої стриктури стравоходу	Кількість хворих		
	Основна Група	Група порівняння	Всього
Верхня третина грудного відділу стравоходу	3 (7 %)	2 (4,55 %)	5 (5,74 %)
Середня третина грудного відділу стравоходу	5 (11,6 %)	2 (4,55 %)	7 (8,04 %)
Нижня третина грудного відділу стравоходу	7 (16,3 %)	10 (22,7 %)	17 (19,5 %)
Абдоминальний відділ стравоходу	3 (7 %)	5 (11,4 %)	8 (9,2 %)
Протяжна післяопікова рубцева стриктура стравоходу, яка займає два і більше анатомічні відділи стравоходу	10 (23,2 %)	8 (18,2 %)	18 (20,7 %)
Всього	28 (65,1 %)	27 (61,4 %)	55 (63,2 %)
Поєднане ураження стравоходу і шлунку	15 (34,9 %)	17 (38,6 %)	32 (36,8 %)
Всього	43 (100 %)	44 (100 %)	87 (100 %)

Таблиця 2

Ступінь вираженості дисфагії у хворих обох груп

Показник	Кількість хворих			
	Основна група		Група порівняння	
	Абс.	%	Абс.	%
Дисфагія:				
1 ступеня	2	4,7	--	--
2 ступеня	5	11,6	4	9,1
3 ступеня	26	60,5	32	72,7
4 ступеня	10	23,2	8	18,2
Всього	43	100,0	44	100,0

Таблиця 3

Ступінь вираженості дефіциту маси тіла у хворих обох груп за індексом Кетле

Показник	Кількість хворих			
	Основна група		Група порівняння	
	Абс.	%	Абс.	%
Дефіцит маси тіла:				
відсутній (0)	1	2,3	2	4,5
1-14	8	18,6	5	11,4
15-30	15	34,9	12	27,3
більше 30	19	44,2	25	56,8
Всього	43	100,0	44	100,0

Примітка:* - групи є однорідними за критерієм згоди Пірсона ($\chi^2 = 2,15 < 7,81$, тобто менше за $\chi^2_{кр}$ при 3-х ступенях свободи на рівні значущості $p < 0.05$).

При виконанні роботи застосовувалися такі методи дослідження: загально-клінічні та біохімічні (для оцінки розладів нутритивного статусу), інструментальні (для визначення ступіння розповсюдженості ураження опіковим

процесом верхніх відділів органів шлунково-кишкового тракту), гістологічні (дослідження біоптатів слизової стравоходу для визначення ступеня ураження та стадії рубцевого процесу), імунологічні (дослідження загальної первинної та вторинної резистентності у пацієнтів зі стриктурами стравоходу), а також багатосовові спеціальні методи, такі як рентгеноскопія, рентгенографія, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини, фіброендоскопію, при необхідності – магнітно-резонансну томографію (МРТ), ехографію органів черевної порожнини і позаочеревинного простору. Для проведення об'єктивного аналізу і оцінки достовірності отриманих результатів використовували методи варіаційної статистики.

В результаті проведених нами досліджень отримано результати, які мають наукову новизну та практичне значення.

Доповнено та уточнено наукові дані щодо динаміки патоморфологічних змін у стравоході та навколишній клітковині після хімічного опіку за допомогою світлової мікроскопії, що в комплексі з вивченням патофізіологічних механізмів порушення показників гомеостазу організму дозволяє прогнозувати подальший розвиток рубцевого ураження та обирати на кожному етапі оптимальну лікувальну тактику [8, 9, 10, 15].

Нами одержано нові наукові дані стосовно змін всіх ланок імунітету з його стимуляцією за аутоімунним типом при хімічних опіках стравоходу, що супроводжується гіперпроліферативними процесами. Використання цих даних дозволяє своєчасно коригувати та удосконалювати лікувальну тактику.

В ході нашої роботи доповнено наукові дані щодо переваг оперативних методик, які передбачають етапне відновлення прохідності стравоходу та шлунка після їх хімічних опіків.

Нами науково обгрунтовано і розроблено нову методику формування модифікованої ізоперистальтичної гастростоми та способу її використання для езофагогастропластики в етапному хірургічному лікуванні хворих з післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу, яка забезпечує зменшення травматичності втручань і знижує ризик місцевих та загальних ускладнень на всіх етапах лікування у порівнянні з традиційними способами.

Ця методика включає формування гастростоми із стінки шлунка вздовж його кривизни, виведення її на передню черевну стінку, а також введення трубки для годування в сформовану гастростому (патент України № 92441 від 11.08.2014). Проводили часткову обробку малої кривизни шлунка з кліпсуванням лівої шлункової артерії, а кровопостачання залишалось за рахунок шлунково-сальникової артерії.



Таблиця 4

Частота ускладнень та летальність хворих при впровадженні запропонованої тактики хірургічного лікування

Вид ускладнення	Основна група		Група порівняння	
	Абс.	%	Абс.	%
Всього випадків ускладнень, у тому числі:	4	9,3	13	29,5
неспроможність анастомозу	1	2,3	3	6,8
рубцювання анастомозу	—		3	6,8
кардіореспіраторні ускладнення	3	7,0	7	15,9
Летальність	1	2,3	3	6,8

Примітка: * — групи є однорідними за критерієм згоди Пірсона (χ^2) на рівні значущості $p < 0,05$ ($\chi^2 = 2,84 < 7,8$, або менше ніж $\chi^2_{кр.}$ для 3 ступенів свободи).

Кардіореспіраторні ускладнення виявлено у 7 (15,9 %) хворих групи порівняння та у 3 (7,1 %) хворих основної групи. Всього хворих з ускладненим післяопераційним періодом в групі порівняння було 13 (29,5 %), в основній — 4 (9,5 %). Померло в контрольній групі 3 пацієнта (летальність — (6,8 %), в основній 1 хворий (летальність — 2,4 %). Тобто можна відзначити тенденцію до зниження кількості як місцевих (з боку анастомозу), так і загальних ускладнень, що пояснюється особливостями оперативних втручань, так і більш ефективною передопераційною підготовкою хворих з використанням удосконалених способів та засобів для ентерального харчування та інших нововведень.

Ефективне лікування хімічних опіків стравоходу та їх наслідків може бути забезпечено тільки комплексним підходом з використанням необхідних засобів і методів консервативної та дилатаційної терапії, ентерального харчування, а також оперативних методів лікування.

Висновки

Таким чином, проведені дослідження доводять, що формування гастростоми за запропонованою методикою як перший етап хірургічного лікування і проведення корекції нутритивного статусу хворих за розробленим алгоритмом є ефективним засобом у підготовці організму хворих до наступного етапу хірургічного лікування — реконструктивно-відновної операції. При проведенні порівняльного аналізу виявлено статистично достовірне зменшення кількості ускладнень, пов'язаних з виконаною радикальною операцією. В основній групі частота ускладнень склала 9,3 %, в групі порівняння — 29,5 %. Рівень післяопераційної летальності в основній групі і групі порівняння склав відповідно 2,3 та 6,8 %. По-

Гастростому формували у вигляді ізоперистальтичної трубки еквідистантно малій кривизні шлунка, при цьому довжина ізоперистальтичної трубки сумірна з відстанню до передньої черевної стінки, потім з урахуванням діаметра отвору і довжини переміщеної ізоперистальтичної трубки обирали місце виходу на передню черевну стінку та виводили гастростому, при цьому дистальний кінець ізоперистальтичної трубки прикріплювали вузлуватими швами до парієтальної очеревини, заднього та переднього листку піхви прямого м'язу живота та шкірі, а в сформовану гастростому вставляли трубку для годування.

Розроблена нами методика формування гастростоми дозволяє організувати повноцінне ентеральне харчування у пацієнтів з непрохідністю стравоходу. Приріст усіх важливих показників нутритивного статусу за час передопераційної підготовки до реконструктивно-відновної операції був достовірно значно вищим у хворих основної групи, які одержували ентеральне харчування через сформовану ізоперистальтичну гастростому, ніж в групі порівняння, які отримували парентеральне харчування.

До того ж застосування ентерального харчування через запропоновану гастростому призводить до зниження витрат на економічне забезпечення нутритивної підтримки в порівнянні з переважно парентеральною аліментацією, що має важливе практичне значення.

В подальшому після повноцінної підготовки хворого доцільно виконання заключного етапу операції, ліквідації шлункової нориці з формуванням гастроєзофагоанастомозу за грудно або внутрішньоплеврально.

Підготовлена на першому етапі хірургічного лікування «трубка» із великої кривизни шлунку використовується на другому етапі, а саме при виконанні реконструктивно-відновної операції, як пластичний матеріал для заміщення ураженого стравоходу [8, 9, 10, 11].

Результати досліджень та їх обговорення

Слід зазначити, що проведений нами порівняльний аналіз окремих оперативних втручань у хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу досить важкий у зв'язку з їх значною варіабельністю та з різноманітністю стану постраждалих (за локалізацією та характером стриктури, наявністю інших перифокальних ускладнень, за віком хворих та наявністю супутньої патології та ін.).

Встановлено, що з 44 прооперованих хворих групи порівняння неспроможність анастомозу розвилася у 3 (6,8 %), в основній групі з 43 хворих у 1 (2,4 %), рубцювання — у 3 (6,8 %) хворих групи порівняння, в основній групі цього ускладнення не зареєстровано, таблиця 4.



казники якості життя хворих основної групи у віддаленому післяопераційному періоді були статистично значимо вищими порівняно з пацієнтами групи порівняння.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Энтеральное питание у больных с язвенными и пастоожоговыми стриктурами пищевода и выходного отдела желудка / М.М. Абакумов, Л.Н. Костюченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2009. - № 2. - С. 76-82.
2. Алахвердян А.С. Факторы риска возникновения ранних рестенозов при бужировании послеожоговых стриктур пищевода: 8-й Славяно-Балтийский форум / А.С.Алахвердян, В.С.Мазурин, А.Г.Титов // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2006. - №1-2. - С.М6.
3. Арыбжанов Д.Т. Отдаленные результаты операции резекции грудного отдела пищевода с наложением прямого пищевода-пищеводного анастомоза / Д.Т.Арыбжанов, А.М. Тургунов // Вестник РГМУ. - 2003. - №2/28. - С.38.
4. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка / А.А.Бакиров // Хирургия. - 2001. - №5. - С.19-23.
5. Бакиров А.А. Тотальная эзофагопластика при стриктурах пищевода / А.А.Бакиров // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2001. - Том 160, №1. - С.53-57.
6. Білозерцев О.М. Наш досвід реконструктивно-відновних операцій у зв'язку з наслідками хімічних опіків травного каналу / О. М. Білозерцев, С.С.Ксенофонтов, І.Д.Гудінов // Практична медицина. - 2006. - Т. XII, № 5. - С. 39-44.
7. Бойко В.В. Лікувально-діагностична балонна дилатація протяжених післяопікових стриктур стравоходу / В. В. Бойко, Ю. В. Авдосьев, М. Ю. Сизый // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. - 2005. - №1.(658) - С. 80-82.
8. Бойко В.В. Опыт эзофагопластики при рубцовой стриктуре и раке пищевода / В.В.Бойко, В.П. Далавурак, С.А. Савви // Клінічна хірургія - Київ. - 2007. - №2-3. - С.43.
9. Велигодский Н.Н. Выполнение «высокой» эзофагогастропластики при поражении средне- и верхнегрудных отделов пищевода / Велигодский Н.Н., Винниченко И.А., Тесленко И.В. // Клінічна хірургія. - 2002. - № 5-6. - С.7- 8.
10. Верещако Р.И. Внутригрудная эзофагопластика при рубцовом стенозе пищевода / Р.И.Верещако // Укр. мед. часопис. - 2008. - №3 (65). - С.106-110.
11. Давыдов М.И. Ретроспективная оценка состоятельности пищеводного анастомоза / М.И. Давыдов, Ю.Л. Шальнов, Н.В. Красносельский // Новообразование. - 2012. - № 1. - 2. - С. 29-31.
12. Джафаров Ч.М. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовой послеожоговой стриктурой пищевода / Ч.М.Джафаров, Е.Ч. Джафаров // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2007. - Том. 166, №5. - С.36-38.
13. Климашевич, А.В., Кувакова, Р.Э., Жуков, В.Б., Шабров, А.В. Ожог пищевода прижигающими жидкостями // Материалы IV Межрегиональной научной конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования». - Пенза: Пензенский государственный университет - 2013 г. - С. 262.
14. Лечение больных с неравномерно суженными послеожоговыми стриктурами пищевода / В.В. Бойко, В.А. Скрипка, С.А. Савви [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2004. - №4(13). - С. 28-30.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОТЯЖЕННЫМИ ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА.

*В. В. Бойко, С. А. Савви,
В. В. Жидецкий,
А. Ю. Королевская,
Е. А. Новиков*

ALGORITHM FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENDED POST-OPERATIVE STRICTURES OF THE ESOPHAGUS

*V. V. Boyko, S. O. Savvi,
V. V. Zhidetsky,
A. Yu. Korolevska,
Ye. A. Novikov*

Резюме. Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода является одной из самых распространенных хирургических патологий. Очень противоречивы существующие подходы к лечению последствий объединенных ожогов пищевода и желудка, пищевода и глотки, нет единого мнения относительно сроков и методов устранения послеожоговым рубцового стеноза. Восстановительные операции на пищеводе остаются наиболее сложным, завершающим этапом лечения.

Ключевые слова: *послеожоговые стриктуры пищевода, двух-этапная хирургическая тактика, гастростомия, изоперистальтична гастростомия, нутритивного статусу.*

Summary. Postoperative scar stricture of the esophagus is one of the most common surgical pathologies. Existing approaches to the treatment of the effects of combined esophagus and stomach burns, esophagus and pharynx are very controversial, there is no consensus on the timing and methods for removing post-scar cicatricial stenosis. Restoration operations on the esophagus remain the most complex, final stage of treatment.

Key words: *postoperative strictures of the esophagus, two stage surgical tactics, gastrostomy, isoperistaltic gastrostomy, nutritional status.*