

УДК 616.329–007.271–089.12

## ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ

*В. О. Шапринський, В. Ф. Кривецький, Є. В. Шапринський**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

## APPROACHES TO THE TREATMENT OF STENOTIC ESOPHAGEAL DISEASES

*V. O. Shaprynskiy, V. F. Kryvetskiy, E. V. Shaprynskiy***РЕФЕРАТ**

Дослідження присвячене лікуванню стенозуючих захворювань стравоходу. Встановлені показання до проведення езофагопластики. Запропонована інфузійна терапія з метою профілактики ішемічних розладів у товстокишковому трансплантаті. Найкращі результати отримані при проведенні ізоперистальтичної ретростернальної езофагопластики сегментом товстої кишки.

**Ключові слова:** стенозуючі захворювання стравоходу; езофагопластика; товста кишка.

Лікування стенозуючих захворювань стравоходу є сьогодні невирішеною проблемою. До цих захворювань відносять: післяопікову рубцеву стриктуру, післяопераційну рубцеву стриктуру, стриктуру після рефлюкс–езофагіту, ахалазію кардії, рак стравоходу, доброякісні пухлини стравоходу, дивертикули стравоходу у кінцевій стадії, стриктури після променевої терапії, склерозування варикозно–уражених вен стравоходу, після мікозу, інфекційних хвороб тощо [1–5].

Незважаючи на досягнуті успіхи у лікуванні цих захворювань, вдосконалення видів езофагопластики, немає єдиного комплексного підходу до корекції стенозуючих захворювань стравоходу. Крім того, не вирішені питання щодо вибору трансплантата для пластики стравоходу, профілактики та лікування таких ускладнень, як неспроможність швів стравохідно–органних анастомозів, що виникає у 5 – 31% спостережень; інфекційні ускладнення, зокрема, пневмонія, емпієма плеври, медіастиніт, перитоніт; утворення після операції рубцевої стриктури тощо. Післяопераційна летальність становить 3,5 – 30% [6–10].

Мета роботи: проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів з приводу стенозуючих захворювань стравоходу та покращити їх шляхом диференційованого підходу до методів лікування.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшли 374 пацієнта з стенозуючими захворюваннями стравоходу, яких лікували у клініці хірургії на базі відділення торакальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова за період з 2003 по 2012 р. Вік хворих від 36 до 72 років.

Післяопікова стриктура стравоходу відзначена у 147 хворих, післяопераційна рубцева стриктура – у 50, стриктура внаслідок рефлюкс–езофагіту – у 9, ахалазія кардії – у 131, рак стравоходу – у 28, лейоміома стравоходу – в 1, стороннє тіло стравоходу – у 4, дивертикул стравоходу – в 1, кардіоспазм – в 1, посттравматичний езофагіт – в 1, спонтанний розрив стравоходу – в 1.

Після проведення діагностичних заходів хворим проводили лікування, яке у 134 пацієнтів розпочинали з бужування. Бужування, як правило, проводили антеградним шляхом по провіднику, у 4 хворих за наявності гастростоми — ретроградно. У пацієнтів з критичним порушенням метаболізму і кахексією в першу чергу формували гастростому, у 14 — за Вітцелем, в 1 — за Кадером.

При ахалазії кардії у I і II стадії виконували кардіодилатацію апаратом Штарка у 62 хворих.

У 69 хворих виконані наступні оперативні втручання (див. таблицю). Пластика стравоходу виконана у 12 пацієнтів; 10 чоловіків і 2 жінок. З приводу післяопікової рубцевої стриктури виконана пластика сегментом товстої кишки — у 5 хворих, з приводу ре-

флюкс—езофагіту — пластика шлунком в 1 хворого, з приводу раку стравоходу — товстокишкова пластика у 3 хворих та пластика шлунком — у 2, з приводу лейоміоми стравоходу — пластика шлунком в 1 хворого. У переважної більшості хворих, яким здійснено езофагопластику, виявлено рубцеву післяопікову стриктуру. Стеноз стравоходу відзначений у верхній третині — у 4, у середній — у 5, у нижній — у 3 хворих. Показаннями до тотальної езофагопластики були: повна непрохідність стравоходу, протяжність стриктури більше 3,5 см, наявність кількох звужень, неможливість або небезпечність проведення бужування, швидке виникнення рецидиву стриктури, перфорація стінки стравоходу під час бужування, за даними анамнезу, наявність стравохідної нориці. Період від мо-

### Захворювання і виконані оперативні втручання та маніпуляції з приводу стенозуючих захворювань стравоходу

Захворювання	Кількість хворих	Оперативні втручання та маніпуляції	Кількість операцій
Післяопікова рубцева стриктура	147	Бужування стравоходу	72
		Гастростома за Вітцелем	10
		Товстокишкова пластика	5
		Передній гастроентероанастомоз	4
		Позаочеревинне закриття гастростоми	3
		Езофагостомія	1
Післяопераційна рубцева стриктура	50	Бужування стравоходу	29
		Кардіодилатація апаратом Штарка	2
		Гастростома за Вітцелем	1
		Реконструкція езофагошлункового анастомозу	1
		Кардіоміопластика за Дором	2
		Медіастиноскопія, зашивання перфорації стравоходу	1
Стриктура після рефлюкс—езофагіту	9	Форсоване бужування	4
		Езофагофундопластика	1
		Резекція сере дньої або нижньої третини стравоходу, езофагогастроанастомоз	1
Ахалазія кардії	131	Кардіодилатація апаратом Штарка	62
		Бужування стравоходу	28
		Пластика за Гелером —Дором	13
		Пластика за Гелером —Петровським	4
		Пластика за Беслі	1
		Фундоплікація за Ніссеном	1
Рак стравоходу	28	Товстокишкова пластика	3
		Пластика шлунком	2
		Екстирпація стравоходу з формуванням гастро — і езофагостоми	2
		Гастростома за Вітцелем	3
		Гастростома за Кадером	1
		Торакоскопія	1
		Кардіодилатація апаратом Штарка	1
		Торакотомія, біопсія	1
		Єюностомія за Майдлем	1
Лейоміома стравоходу	1	Резекція нижньої третини стравоходу і кардії з пластикою шлунком	1
Дивертикули стравоходу	1	Торакотомія, видалення дивертикула	1
Спонтанний розрив нижньої третини стравоходу	1	Закрита торакотомія справа	
Стороннє тіло стравоходу	4	Дренування середостіння і подвійна гастростома	1
		Шийна медіастинотомія	1
		Ендоскопічне видалення	1
Кардіоспазм	1	—	—
Посттравматичний езофагіт	1	Бужування стравоходу	1

менту опіку до пластики від 3 міс до 15 років. У клініці віддаємо перевагу товстокишкової пластичі стравоходу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Бужування у більшості спостережень забезпечило позитивний клінічний ефект, що дозволяло досягти достатнього для харчування діаметра стенозованих ділянок стравоходу.

З огляду на тяжкість загального стану, більшості хворим пластику стравоходу проводили у два етапи. На першому етапі у декомпенсованих, кахектичних хворих формували гастростому за Вітцелем. Під час виконання гастростомії вивчали ангіоархітектоніку товстої кишки та намагалися перев'язати одну з магістральних судин для адаптації сегмента товстої кишки як майбутнього трансплантата.

У середньому період між першим і другим етапами операції 3–4 міс. Одномоментні втручання проведені у 2 хворих за швидкого прогресування стенозу.

З метою профілактики ішемічних розладів, покращення живлення товстокишкового трансплантата та попередження післяопераційних ускладнень перед основним етапом операції проводили інтенсивну інфузійну терапію за 1 добу до операції, інтраопераційно та після операції, яка включала внутрішньовенне введення 4 мл 5% розчину мексидолу у 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду 2 рази на добу, 100 мл тивортину 1 раз на добу, 1 мл 1% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно 2 рази на добу.

Ці препарати мають антигіпоксичну, антиоксидантну, детоксикаційну дію, покращують мікроциркуляцію. Після операції курс інфузійної терапії становив 7 діб.

Товстокишкова пластика виконана у 8 хворих. У клініці віддаємо перевагу ізоперистальтичній ретро-стернальній пластичі стравоходу сегментом ободової кишки з збереженням кровопостачання з лівої ободової артерії. З цією метою виділяли трансплантат, що включав частково висхідну, поперечну і частину низхідної ободової кишки з збереженням кровопостачання з лівої ободової артерії. Довжина трансплантата у середньому ( $40 \pm 4,5$ ) см. У малому сальнику робили отвір, і через нього позаду шлунка проводили мобілізовану кишку так, щоб не було перекручування її судинної ніжки. Накладали анастомоз між нижнім кінцем трансплантата з передньою стінкою шлунка в антральному відділі. За наявності гастростоми її зберігали для харчування після операції. Відновлювали безперервність товстої кишки, формуючи анастомоз між висхідною і низхідною (сигмоподібною) ободовою кишкою кінець у кінець. Трансплантат через ретростернальний тунель проводили на шию, формували езофагоколоанастомоз. Саме під час фор-

мування цього анастомозу виникає неспроможність швів. Для попередження неспроможності швів, крім застосування запропонованої інфузійної терапії, у більшості хворих формували езофагоколоанастомоз за типом інвагінаційного кінець у кінець. За дещо більшої ширини товстої кишки формували езофагоколоанастомоз кінець у бік з адекватним дренажним ділянкою анастомозу.

Після операції проводили ентеральне харчування сумішами підвищеної калорійності через назогастральний зонд або через гастростому, продовжували запропоновану інфузійну, а також антибактеріальну, протизапальну терапію. На 8–10-ту добу виконували рентгенологічне дослідження з водорозчинною контрастною речовиною, перевіряючи спроможність швів езофагоколоанастомозу. Після цього пацієнту дозволяли спочатку вживати рідину, а потім приймати їжу.

З післяопераційних ускладнень найчастішою була часткова неспроможність швів езофагоколоанастомозу (у 2), в пізньому післяопераційному періоді — виникнення його стриктури. Лікували неспроможність швів консервативним шляхом. Стриктурі стравоходу лікували консервативно шляхом бужування. В одному спостереженні у пізньому післяопераційному періоді виник сліпий мішок стравоходу, що залишився. Дане ускладнення усунуте оперативним шляхом.

Летальність при стенозуючих захворюваннях стравоходу 7,2%. Померли 5 хворих, з яких у 2 накладена гастростома за Вітцелем з приводу рубцевої стриктури, 1 — помер з приводу спонтанного розриву стравоходу, 2 неоперованих хворих з ахалазією кардії. Причиною смерті 4 хворих була серцево-судинна недостатність на тлі виснаження і кахексії, 1 — поліорганна недостатність на тлі сепсису.

## ВИСНОВКИ

1. Бужування є одним з основних методів лікування стенозуючих захворювань стравоходу, його слід використовувати як спосіб передопераційної підготовки хворих.

2. Отримані результати свідчать, що кращим способом пластики стравоходу є ізоперистальтична ретростернальна товстокишкова пластика з збереженням кровопостачання з лівої ободової артерії.

3. Застосування запропонованої інфузійної терапії з метою профілактики ішемічних розладів у товстокишковому трансплантаті при проведенні езофагопластики дозволяє зменшити частоту або уникнути гнійно-септичних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів стравохідно-органних анастомозів.

4. У тяжко хворих і виснажених, яким планують здійснення езофагопластики, доцільне дотримання етапності в лікуванні.

## ЛІТЕРАТУРА

- Багиров М. М. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода / М. М. Багиров, Р. И. Верещако // Клініч. хірургія. — 2008. — № 8. — С. 11 — 15.
- Бакиров А. А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А. А. Бакиров // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2001. — № 1. — С. 53 — 57.
- 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.
- Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клініч. хірургія. — 2002. — № 5—6. — С. 4.
- Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и выходного отдела желудка / В. В. Бойко, С. А. Криворучко, С. А. Савви [и др.] // Вестн. неотлож. и восстановит. медицины. — 2002. — № 2. — С. 187 — 189.
- Аллахвердян А. С. Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, В. А. Исаков // Грудная и сердеч.-сосуд. хирургия. — 2003. — № 3. — С. 61 — 67.
- 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.
- Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н. Р. Рахметов, Д. С. Жетимкаринов, В. А. Хребтов [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 11. — С. 17 — 19.
- Dantas R. O. Motility of the transverse colon used for esophageal replacement / R. O. Dantas, R. C. Matede // J. Clin. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 34, N 3. — P. 225 — 228.
- Maish M. S. Indications and technique of colon and jejunal interposition for esophageal disease / M. S. Maish, C. Denschamps // Surg. Clin. N. Am. — 2005. — Vol. 85, N 3. — P. 505 — 514.





**НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО**

# “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ “Ліга-Інформ”,  
03680, м. Київ,  
вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення  
до Державного реєстру суб’єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.  
Тел./факс -044.408.18.11  
e-mail: info@hirurgiya.com.ua