



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.329-007.271-089.844:616.345-089.844

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПІЗНЬОЇ РУБЦЕВОЇ СТРИКТУРИ ЕЗОФАГОКОЛОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ ЕЗОФАГОПЛАСТИКИ СЕГМЕНТОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

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

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

OPERATIVE TREATMENT OF A LATE CICATRICAL STRICTURE OF ESOPHAGOCOLOANASTOMOSIS AFTER PERFORMANCE OF ESOPHAGOPLASTY WITH A LARGE BOWEL SEGMENT

V. O. Shaprynskiy, V. F. Kryvetskiy, V. I. Polishchuk, E. V. Shaprynskiy, O. I. Datsyuk

Післяопераційна рубцева стриктура стравоходу є однією з причин виникнення стенозуючих захворювань органа та одним з ускладнень реконструктивно-відновних оперативних втручань на стравоході у віддаленому післяопераційному періоді [1 — 4]. Частота виникнення стриктури шийного анастомозу більша (30%) при використанні трансплантату шлункової трубки, ніж товстої (8,7%) або тонкої (до 1%) кишки [5, 6].

Представляємо спостереження лікування цього ускладнення і вихід з нестандартної інтраопераційної ситуації у хворого через 6 років після здійснення езофагопластики з використанням сегмента товстої кишки.

У клініку хірургії № 1 госпіталізований хворий Х., 66 років. У 2009 р. хворого лікували у відділенні торакальної хірургії з приводу протяжної рубцевої стриктури стравоходу і стенозу виходу з шлунка, спричинених хімічним опіком, з повною непрохідністю стравоходу. Хворому здійснена субтотальна езофагопластика з використанням сегмента ободової кишки з збереженням кровопостачання лівої ободової артерії, накладений гастроентероанастомоз, сформована гастростома за Кадером. Пацієнт виписаний через 22 доби. Протягом 6 років результат лікування вважали хорошим. У червні 2015 р. з'явилися скарги на утруднене ковтання та проходження твердої їжі, пізніше хворий вживав напіврідку та рідку їжу. Стан хворого погіршувався, відзначали виснаження, схуднення. Загальний аналіз крові: ер. $3,5 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 105 г/л, л. $7,0 \times 10^9$ в 1 л, п. 0,03, лімф. $1,5 \times 10^9$ в 1 л, ШОЕ 30 мм/год, калій 3,6 ммоль/л, натрій 137 ммоль/л, загальний білок 57 г/л, альбумін 30 г/л, загальний білірубін 8,6 мкмоль/л, фібриноген 3,7 г/л, протромбіновий індекс 92%, сечовина 5,0 ммоль/л, креатинін 0,05 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: забарвлення

солом'яно—жовте, реакція кисла, щільність 1,018, білок 0,033 г/л, епітелій плоский 5 — 6, лейкоцити 3 — 5, еритроцити 0 — 1 в полі зору. За даними езофагоскопії виявлено стриктуру езофагоколоанастомозу, пройти езофагоскопом не вдалося. Проведене рентгеноконтрастне дослідження "штучного" стравоходу з тріомбрастом: виявлено стриктуру шийного езофагоколоанастомозу, повну непрохідність стравоходу, його супрастенотичне розширення.

Діагноз: рубцева стриктура стравохіднотовстокишкового анастомозу; повна непрохідність стравоходу; ішемічна хвороба серця; атеросклеротичний міокардіосклероз; аортосклероз; серцева недостатність I стадії, гіпертонічна хвороба II стадії, ризик IV, гіпертрофія лівого шлуночка. Трофічний статус хворого оцінений як помірне виснаження. Спроби здійснити бужування стравоходу та стентування виявилися невдалими. Хворому запропоноване оперативне втручання.

Перед операцією проводили інтенсивну трансфузійну терапію, корекцію розладів водно—електролітного балансу, білкового, вуглеводного обміну. Призначали антибактеріальну, протизапальну, антисекреторну та антирефлюксну терапію. Цей етап проводили у співпраці з лікарем—реаніматологом.

22.07.15 виконана операція. Лівобічна цервікотомія. Виявлена ділянка супрастенотичного розширення. Дистальніше ділянку стриктури та анастомозу не знайдено (не виключено, через скорочення кишки). Прийняте рішення виконати поздовжню стернотомію. Відстань від супрастенотичного розширення до трансплантата 5 — 6 см, анастомоз у вигляді рубця діаметром 2 мм. З технічними труднощами виділений стравохіднотовстокишковий анастомоз, додатково мобілізований з спайок

товстокишковий трансплантат. Здійснено резекцію стравохіднотовстокишкового анастомозу, додатково мобілізований товстокишковий трансплантат достатньої довжини.

Сформований новий езофагоколоанастомоз кінець у бік з попереднім заведенням у шлунок зонду № 21. Операція завершена дренаванням середостіння та ділянки лівобічної цервікотомії з застосуванням спарених поліхлорвінілових трубок.

Після операції продовжували інфузійну терапію протягом 7 діб. Застосоване ентеральне харчування сумішшю "Pertamen" через назогастральний зонд. Хворому проводили антибактеріальну терапію (цефтазидим 1 г двічі на добу, метронідазол 100 мл двічі на добу), антикоагулянтну (еноксапарин 0,4 мл підшкірно 1 раз

на добу) та інфузійно—детоксикаційну терапію. На 9—ту добу перевірено спроможність швів езофагоколоанастомозу за допомогою рентгеноконтрастного дослідження з введенням всередину тріомбразу. Після цього пацієнту дозволили пити, а потім — приймати їжу. Дренажі видалені через 12 і 14 діб. Рани загоїлися первинним натягом. На 16—ту добу пацієнт у задовільному стані виписаний.

Наведене клінічне спостереження ілюструє правильність обраної хірургічної тактики при рубцевій стриктурі езофагоколоанастомозу у віддаленому післяопераційному періоді. Дотримання чіткого діагностичного алгоритму допомогло швидко встановити діагноз та вести хворого у післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багиров М. М. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода / М. М. Багиров, Р. И. Верещако // *Клін. хірургія.* — 2008. — № 8. — С. 11 — 15.
2. Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреещев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // *Там же.* — 2002. — № 5—6. — С. 4.
3. Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н. Р. Рахметов, Д. С. Жетимкаринов, В. А. Хребтов [и др.] // *Хірургія.* — 2003. — № 11. — С. 17 — 19.
4. The use of self—expanding silicone stents in esophagectomy strictures: less cost and more efficiency [Електронний ресурс] / R. C. Martin, C. Woodall, R. Duvall, C. R. Scoggins // *Ann. Thorac. Surg.* — 2008. — Vol. 86, N 2. — P. 436 — 440 [abstract PMID: 18640310]. — Режим доступу: www.ncbi.nih.gov.
5. Мовчан Б. Б. Пути улучшения результатов эзофагопластики / Б. Б. Мовчан // *Клін. хірургія.* — 2007. — № 2—3. — С. 50.
6. 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.

