

ХІРУРГІЯ

УДК 616.329-001.37-089

*В.В. Бойко, С.О. Савві, А.Ю. Бодрова, В.В. Жидацький,
Є.А. Новіков*, В.В. В'юн***

*ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева
НАМН України», м. Харків*

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна*

***Харківський національний медичний університет*

ДВОЕТАПНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ КОМБІНОВАНИХ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦЕВИХ СТРИКТУРАХ СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Вивчено результати лікування 56 хворих з комбінованими післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу та шлунка, яким проведено двоетапне хірургічне лікування: на першому етапі виконана гастростомія, на другому – шунтуюча езофагоколопластика. У таких хворих неможливість використання шлунка в якості інтерпоната для виконання пластики стравоходу дає підґрунтя для виконання езофагоколопластики. Двоетапне лікування дозволяє покращити результати хірургічного лікування хворих з комбінованими післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу та шлунка.

Ключові слова: *стриктура, двоетапний підхід, гастростомія, езофагоколопластика.*

Досить часто причиною порушення прохідності стравоходу є рубцеві стриктури, що розвиваються в результаті хімічних опіків після вживання в їжу агресивних речовин із опіковою дією (концентрованих розчинів кислот, лугів, сурогатів алкоголю, препаратів побутової хімії, технічних рідин та ін.) [1–3]. Більша частина хворих з хімічними опіками стравоходу – це діти молодшого віку, що постраждали через необережність батьків (більше 50%), і дорослі працездатного віку, що випили агресивну рідину випадково, у стані алкогольного сп'яніння або із суїцидальною метою [4, 5]. У структурі всіх захворювань стравоходу частота даної патології серед дорослих сягає 20–30%, а у дітей – до 80% [6]. Деструкція тканин під впливом лужних або кислих агресивних речовин, особливо при їх значній кількості, вже в гострому періоді може супроводжуватися некрозом, втягуванням в патологічний процес поряд розташованих органів, перфорацією органів з розвитком гнійно-запальних ускладнень, які є основною причиною летальних випадків навіть у гострому періоді опіку. Летальність у перші дні після хімічного опіку органів верхніх відділів шлунково-кишкового

© В.В. Бойко, С.О. Савві, А.Ю. Бодрова та ін., 2015

тракту досягає 11% і більше, а необхідність у невідкладних операціях по життєвим показникам у зв'язку з некрозом і перфорацією стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки – 15% [1, 7]. Більша частина хворих безпосередньо після опіку надходить у токсикологічні та реанімаційні відділення, однак через два і більше місяців, навіть при своєчасній і адекватній терапії в гострому періоді захворювання, від 30–50 до 70% потерпілих стають пацієнтами хірургічних відділень внаслідок розвитку післяопікових рубцевих стриктур стравоходу [3]. Ефективність консервативного й ендоскопічного лікування при рубцевих стриктурах стравоходу загальноновизнана і дозволяє у 70% хворих досягти одужання. Однак при поєднаних післяопікових рубцевих ураженнях (стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки) та повній непрохідності хоча б одного з органів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту питання про тип і час проведення хірургічного лікування по життєвим показникам стає найбільш актуальним ще в гострий період, а консервативне лікування носить допоміжний характер. Відомо, що найбільш виражені рубцеві зміни в місцях фізіологічних зву-

жень травного каналу призводять до функціональної неповноцінності органа та перешкоджають нормальному пасажу їжі. У пацієнта починають поступово розвиватися важкі порушення в гомеостазі, пов'язані з неповноцінним прийомом їжі або неможливістю її пасажу і порушеним переварюванням. Очевидно, що для таких пацієнтів вихід є в хірургічній допомозі як єдиного радикального методу корекції стійких нутритивних змін, що дозволяє сподіватися на одужання і комфортне самопочуття хворого в суспільстві та покращення загального стану здоров'я та якості життя [2, 4, 8].

Матеріал і методи. Обстежено 32 хворих, яким виконана шунтуюча езофагоколопластика після гастростомії з приводу комбінованих післяопікових рубцевих стриктур стравоходу та шлунка в Інституті загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева.

Результати та їх обговорення. Серед хворих було 17 (53,1 %) чоловіків і 15 (46,9 %) жінок віком від 16 до 72 років, середній вік складав 46,3 року. Причиною виникнення хімічних опіків стравоходу і шлунка у хворих було вживання їдких хімічних речовин. При цьому у 20 (62,5 %) хворих опік верхніх відділів шлунково-кишкового тракту виник у разі випадкового вживання, у 8 (25 %) – навмисного вживання з суїцидальною метою, у 4 (12,5 %) – у стані алкогольного сп'яніння.

У 21 (65,6 %) пацієнта було отруєння кислотами. Отруєння лугом відмічено у 6 (18,7 %) хворих, опік невідомою хімічною речовиною – в 5 (15,6 %) випадках. Поєднані рубцеві стриктури сформувалися до надходження в хірургічну клініку в терміни 1 міс – 3 роки. У двох пацієнтів формування опікової непрохідності езофагогастроуденальної зони тривало в стаціонарі з тривалістю анамнезу захворювання від початку отримання хімічної травми 3–7 тижнів. Розвиток післяопікової рубцевої деформації шлунка був найчастіше пізнім ускладненням, що проявляється грубими анатомічними змінами конфігурації органа, які призводили до виражених функціональних розладів.

У 28 (87,5 %) пацієнтів встановлено поєднане ураження стравоходу і шлунка, у 4 (12,5 %) виявлені ізольовані протяжні рубцеві стриктури стравоходу, але шлунок не розглядався в якості інтерпоната, тому що у цих хворих раніше були проведені операції на шлунку.

У всіх випадках виконання одномоментної реконструктивно-відновної операції було неможливим у зв'язку з вираженими метаболічними розладами у хворих зі сформованими стриктурами або необхідністю накладання гастростоми в гострий післяопіковий період. Даним хворим проводилось двоетапне хірургічне лікування. На першому етапі формувалась гастростома з метою налагодження ентерального харчування та покращення трофологічного статусу.

У переважної більшості хворих на момент першої госпіталізації до хірургічного стаціонара відзначалась недостатність харчування зі значною втратою маси тіла. В більшості випадків – у 28 (87,25 %) хворих спостерігалися вкрай тяжкий ступінь недостатності харчування з втратою маси тіла понад 20 % і тяжкий ступінь недостатності харчування з втратою маси тіла 10–19 % у двох (6,25 %) пацієнтів, що також відіграло важливу роль у виборі двоетапного підходу з накладанням гастростоми для відновлення трофологічного статусу з метою підготовки до складного реконструктивно-відновного хірургічного втручання. У двох (6,25 %) хворих в гострий післяопіковий період на момент першої госпіталізації в хірургічній стаціонар втрата маси тіла складала 5–10 %, гастростомія цим пацієнтам була виконана для забезпечення ентерального харчування. Дефіцит маси тіла був особливо вираженим у хворих з тотальною рубцевою стриктурою стравоходу або з декомпенсованим стенозом вихідного відділу стравоходу чи шлунка.

Найбільш часто у пацієнтів були скарги на дисфагію, відчуття тяжкості в епігастрії, а також на наявність печії, нудоти, блювоти, загальну слабкість, схуднення, зниження працездатності. У осіб після 40 років відмічались різні супутні захворювання органів серцево-судинної системи, дихання, ендокринної та сечовидільної системи тощо. Слід зазначити, що нерідко хворі зловживали алкоголем не тільки на догоспітальному етапі, але, на жаль, і після стаціонарного лікування.

Хворим, котрі надходили в хірургічну клініку з поєднаними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу і шлунка, застосовувалися загальноприйняті клініко-лабораторні та спеціальні методи обстеження.

Діагностика поєднаних рубцевих змін стравоходу і шлунка у більшості хворих не

викликала труднощі за умови комплексного діагностичного підходу, який сприяв виявленню анатомічної картини ураження органів. У разі повної непрохідності ураженого патологічним процесом стравоходу чи шлунка рубцеві зміни в даному органі встановлювалися на підставі клінічних проявів, рентгенологічних і ендоскопічних досліджень, даних УЗД шлунка, що підтверджувалися при інтраопераційній ревізії під час накладання гастростоми. У зв'язку з тим, що в шлунку процес формування рубцевих змін займає тривалий час, остаточний висновок про об'єм і локалізацію ураження робили після проведення гастродуоденографії та/або гастродуоденоскопії через гастростому на етапі передопераційної підготовки до реконструктивно-відновної операції після гастростомії.

У всіх випадках виконання одномоментної реконструктивно-відновної операції було неможливим. У зв'язку з вираженими метаболічними розладами на першому етапі проводилася гастростомія з метою налагодження ентерального харчування. Слід зазначити, що деяким пацієнтам з поєднаними ураженнями стравоходу і шлунка, крім гастростомії, на першому етапі було виконано різні хірургічні втручання. Так, у двох хворих виконана резекція шлунка, ще у двох – торакотомія внаслідок перфорації рубцево-звуженого стравоходу, в одного пацієнта – гастроентеростомія. Реконструктивно-відновні втручання у всіх пацієнтів виконані на другому етапі через 4–7 місяців після першого етапу лікування.

У всіх хворих шлунок в якості інтерпоната для виконання пластики стравоходу як найбільш анатомічно обґрунтований метод не використовувався у зв'язку з деформацією його рубцевим процесом. Після передопераційної підготовки всім 32 пацієнтам виконана шунтуюча товстокишкова пластика стравоходу як реконструктивно-відновний етап хірургічного лікування після гастростомії. Передопераційній підготовці на обох етапах хірургічного лікування приділялося першочергове значення, оскільки широкий спектр патофізіологічних змін, що маніфестують під час оперативних втручань, ставить хворих в умови високого ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

Товстокишкова пластика стравоходу має свої особливості. Мобілізація трансплантата з ободової кишки з метою відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту під час

хірургічного лікування виконується накладанням від трьох до п'яти анастомозів в абдомінальній і торакальній порожнинах. Імовірність виникнення інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді у цієї категорії пацієнтів зростає в кілька разів. Цьому також сприяє ослаблений стан імунної системи, а також стан хронічного астенодепресивного синдрому, особливо у хворих на хронічний алкоголізм. Дані обставини диктують необхідність призначення адекватної антибіотикотерапії. Призначення антибіотиків у більшості випадків запобігало розвитку важких інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді.

У багатьох випадках формування колотрансплантата здійснювалося за відомою методикою з лівої половини ободової кишки зі збереженням живильних середньої або лівої ободових артерій. Ліву половину товстої кишки було використано в 17 (53,1 %) випадках, ліву половину з додатковим підключенням сегмента сигмоподібної кишки – в 15 (46,9 %). Сформований колотрансплантат було розміщено в передньому середостінні, за грудинно.

Кровопостачання штучного стравоходу в 16 (50 %) випадках здійснювалося за рахунок середньої ободової артерії, в 11 (34,38 %) – за рахунок середньої і лівої ободових артерій, в 5 (15,62 %) – за рахунок лівої ободової і сигмоподібної артерій.

У наших спостереженнях неспроможності внутрішньочеревних анастомозів не спостерігалось. Неспроможність анастомозу на шії (сформованого зі стравоходом) спостерігалась в 6 (6,25 %) випадках.

Віддалені результати були вивчені у 30 (93,75 %) хворих в період від 6 міс до 5 років. Стенозування анастомозу на шії спостерігалось у 3 (9,38 %) пацієнтів. Прохідність анастомозу відновлювалася шляхом бужування. Одному пацієнту (3,12 %) не вдалося відновити проходність езофагоколоанастомозу на тлі повної облітерації співустя. Даному пацієнту було проведено реконструкцію анастомозу. Післяопераційних летальних випадків у групі пацієнтів, яким була проведена езофагоколопластика з накладанням анастомозу на шії, не було. Один пацієнт помер після езофагоколопластики з комбінованим торакоабдомінальним доступом, летальність при цьому складала 3,12 %. Причиною смерті була гостра серцево-судинна недостатність.

Висновки

Адекватна доопераційна верифікація характеру комбінованого або протяжного ураження рубцевим процесом органів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та неможливість харчування природним шляхом в гострий післяопіковий період, а також значні трофологічні зміни хворих дають підґрунтя для двоетапного хірургічного лікування. Даний підхід передбачає на першому етапі виконання гастростомії для відновлення трофіки та езофагоколопластики на другому етапі. У таких хворих неможливість використання шлунка в

якості інтерпоната для виконання пластики стравоходу дає підґрунтя для виконання езофагоколопластики. Такий двоетапний підхід лікування дозволяє покращити результати хірургічного лікування хворих з комбінованими післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу і шлунка.

Перспективність подальших досліджень полягає у продовженні вивчення особливостей застосування товстої кишки в якості інтерпоната для пластики стравоходу у хворих з комбінованими післяопіковими стриктурами стравоходу та шлунка на другому етапі хірургічного лікування.

Література

1. Комплексне лікування гострого гнійного медіастиніту / В.Р. Шапринський, І.І. Митюк, В.Ф. Кривецький та ін. // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 1. – С. 56–60.
2. Endoscopic dilation of benign esophageal strictures without fluoroscopy: experience of 2750 procedures / R. Raymond, J.C. Pereira-Lima, A. Valves, et al. // Hepatogastroenterology. – 2008. – Vol. 55, № 85. – P. 1342–1348.
3. Keloids have continuous high metabolic activity / K. Ueda, E. Furuya, Y. Yasuda, et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 1999. – Vol. 104. – P. 694.
4. *Бойко В.В.* Лікувально-діагностична балонна дилатація протяжних післяопікових стриктур стравоходу / В.В. Бойко, Ю.В. Авдосьєв, М.Ю. Сизий // Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. – 2005. – № 1 (658). – С. 80–82.
5. Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В.Ф. Саенко, С.А. Андреещев, П.Н. Кондратенко, С.Д. Мясоєдов // Клін. хірургія. – 2002. – № 5–6. – С. 4.
6. Covered metallic stent placement in the management of cervical esophageal strictures / E.K. Choi, H.Y. Song, J.W. Kim, et al. // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2007. – Vol. 18, № 7. – P. 888–895.
7. *Савви С.А.* Бужирование послеожоговых стриктур пищевода со сложным рельефом канала / С.А. Савви // Харківська хірургічна школа. – 2006. – № 2 (21). – С. 97–99.
8. *Juckett G.* Management of keloids and hypertrophic scars / G. Juckett, H. Hartman-Adams // Am. Fam. Physician. – 2009. – Vol. 80, № 3. – P. 253–260.

В.В. Бойко, С.А. Савви, А.Ю. Бодрова, В.В. Жидецкий, Е.А. Новиков, В.В. Вьюн ДВУХЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Изучены результаты лечения 56 больных с комбинированными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, которым проведено двухэтапное хирургическое лечение: на первом этапе выполнена гастростомия, на втором этапе – шунтирующая эзофагоколопластика. У таких больных невозможность использования желудка в качестве интерпоната для выполнения пластики пищевода дает основание для выполнения эзофагоколопластики. Такой двухэтапный подход к лечению позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с комбинированными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка.

Ключевые слова: стриктура, двухэтапный подход, гастростомия, эзофагоколопластика.

V.V. Boyko, S.O. Savvi, A.Yu. Bodrova, V.V. Zhidetsky, E.A. Novikov, V.V. V'yun TWO-STEP SURGICAL TREATMENT OF COMBINED POST-BURN STRICTURES OF ESOPHAGUS AND STOMACH

The results of the treatment of 56 patients with post-burn strictures of esophagus and stomach, which had undergone two-step surgical treatment. The first step was gastrostomy. The second step was shunting esophagocoloplasty. The first step was gastrostomy. The second step was shunting esophagocoloplasty. The impossibility of using the stomach as interponat to perform esophagoplasty gives the base for esophagocoloplasty for these patients. This two-step treatment improves the results of surgical treatment of patients with combined post-burn strictures of esophagus and stomach.

Key words: stricture, two-step approach, gastrostomy, esophagocoloplasty.

Поступила 11.09.14