

УДК 616-001.37-089.844

© В. О. ШАПРИНСЬКИЙ, В. Ф. КРИВЕЦЬКИЙ, В. І. ПОЛІЩУК, Є. В. ШАПРИНСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

Досвід лікування хворих на рубцеві післяопікові стриктури стравоходу

V. O. SHAPRYNSKYI, V. F. KRYVETSKYI, V. I. POLISHCHUK, YE. V. SHAPRYNSKYI

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov, Vinnytsia Regional Clinic Hospital by M. I. Pyrohov

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

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

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 cicatrival 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.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Післяопікові рубцеві стриктури, як правило, виникають у дорослих і займають друге місце після пухлин стравоходу. Кількість хворих на дану патологію невідомо збільшується, що зумовлено розвитком науково-технічного прогресу та широким впровадженням нових хімічних речовин у промисловість, побут людини. Післяопікові рубцеві стриктури виникають внаслідок хімічних опіків (лугами чи кислотами), рідше термічних опіків, а також пов'язаних із прийманням окиснювачів (пергідролу і т. ін.) [5, 6, 7].

Лікування післяопікових рубцевих стриктур стравоходу на сьогодні залишається складною і до кінця не вирішеною проблемою. Це зумовлено багатьма причинами: починаючи із анатомічних особливостей будови стравоходу, його розташування, особливостей кровопостачання, близького розташування з життєво важливими органами та особливостями, пов'язаними з тяжкістю загального стану даного контингенту хворих, виснаженням, нерідко у вигляді кахексії [1, 3, 4].

На початкових стадіях захворювання загальні принципи лікування спрямовані на максимальне використання можливостей бужування у різних його модифікаціях. У випадках незадовільних результатів бужування вдаються до оперативного

лікування – виконання пластики стравоходу, яка може здійснюватись шлунковою трубкою, тонкою або товстою кишкою. Вибір трансплантата при створенні штучного стравоходу є одним із 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, 4].

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. У дослідження увійшли 198 пацієнтів із післяопіковими рубцевими стенозами стравоходу, які перебували на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова на базі відділення торакальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова за період з 1990 до 2011 р.

Після виконання діагностичних заходів проводили лікування, яке розпочинали з бужування. Бужування здійснювали антеградним шляхом по провіднику, а у 4-х випадках, коли була наявна

гастростома, проводили ретроградно. У виснажених хворих із кахексією формували гастростому за Вітцелем.

Пластику стравоходу виконано у 44 пацієнтів: 38 чоловіків і 6 жінок. Стеноз стравоходу розташовувався у верхній третині у 15 хворих, у середній – в 17 пацієнтів, в нижній – у 10 хворих, у 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 досліджень та їх обговорення.

Бужування у більшості випадків мало позитивний клінічний ефект, що дозволяло досягнути достатнього для харчування діаметра стенозованих ділянок стравоходу.

Показаннями 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.

Враховуючи тяжкість загального стану, більшості хворим пластика стравоходу проводилась у два етапи. На першому етапі у декомпенсованих, 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 із швидко прогресуючим стенозом.

У клініці віддається перевага ізоперистальтичній ретростернальній пластичі стравоходу лівою половиною ободової кишки. З цією метою виділяють трансплантат, що складається з частково висхідної, поперечноободової і частини низхідної кишки зі збереженням лівої ободової артерії. Довжина трансплантата в середньому складає 40 см. У малому сальнику робили отвір і через нього позаду шлунка проводили мобілізовану кишку таким чином, щоб не було перекруту судинної ніжки. Накладали анастомоз між нижнім кінцем трансплантата з передньою стінкою шлунка в антральному відділі, у одному випадку при короткій живильній судині анастомоз сформували з задньою стінкою шлунка. При наявності гастростоми останню зберігали для харчування в післяопераційному періоді. Відновлювали безперервність товстої киш-

ки, формуючи анастомоз між висхідною і низхідною (сигмоподібною) кишкою “кінець в кінець”. Трансплантат через ретростернальний тунель проводили на шию, формували езофагоколоанастомоз. Саме при формуванні даного анастомозу виникає велика частота неспроможності швів. Існує багато думок і близько 900 варіантів формування стравохідних анастомозів. Нами для попередження неспроможності швів даного анастомозу в більшості випадків проводили формування анастомозу за типом інвагінаційного “кінець в кінець”. При дещо ширшій товстій кишці формували терміно-латеральний езофагоколоанастомоз із адекватним дренажуванням ділянки анастомозу.

У післяопераційному періоді проводили ентérale харчування через назогастральний зонд або через гастростому. На 8–10-ту добу виконували рентгенологічне дослідження водорозчинним контрастом, таким чином перевіряючи спроможність езофагоколоанастомозу, після чого дозволяли спочатку пити, а потім приймати їжу.

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

Післяопераційна летальність склала 6,8 %. Померли троє хворих. Причиною смерті в одного була неспроможність езофагоколоанастомозу, в двох – прогресуюча серцева недостатність на фоні поліорганичних порушень.

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

Перспективи подальших досліджень. У подальшому необхідно продовжувати вивчення формування езофагоколоанастомозів, розробляти шляхи профілактики неспроможності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. Ксенофонтов С. С. Вдосконалення товстокишкової езофагопластики при високих опікових та протяжних доброякісних рубцевих стриктурах стравоходу і глотково-стравохідного переходу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.03 “Хірургія” / С. С. Ксенофонтов. – К., 2007. – 40 с.
5. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А. Ф. Черноусов, В. А. Андриянов, А. И. Чернооков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 50–54.
6. Саенко В. Ф. Восстановленные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреещев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клінічна хірургія. – 2002. – № 5–6. – С. 4.
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.

Отримано 17.11.11