

УДК 616-001.37-089.844

В.О. Шапринський, І.І. Мітюк, В.Ф. Кривецький, В.В. Петрушенко, В.І. Поліщук, С.М. Божок, В.Ю. Домбровський, О.І. Процик, Ю.О. Усатюк

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ

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

Проаналізовано результати заміщення ураженого стравоходу товстою кишкою при післяопікових стенозах, що виконувались у 42 пацієнтів. Показами до втручань була повна рубцева непрохідність стравоходу, неможливість або велика небезпека бужування, швидкий рецидив стриктури, перфорація в анамнезі, наявність стравохідної нориці. Кращі результати отримано при проведенні ізоперистальтичної ретростернальної колоезофагопластики лівою половиною кишки. Найчастішим раннім післяопераційним ускладненням була часткова неспроможність шийного анастомозу (11 випадків), а пізнім – виникнення його рубцевих стриктур. Рідко виникала обмежена неспроможність міжкишкового анастомозу (2), сліпий мішок власного стравоходу (1). Загалом померло 3 оперованих пацієнти (післяопераційна летальність 7,1%). Причиною смерті стала прогресуюча серцева недостатність на фоні полі органних порушень, в одному випадку – в поєднанні з післяопераційною пневмонією.

Ключові слова: післяопікова стриктура стравоходу, езофагопластика, товста кишка.

Протягом тривалого часу свого існування проблема лікування післяопікових стриктур стравоходу пробіла еволюцію від механічного забезпечення можливості харчування пацієнта до вирішення завдань, пов'язаних із зменшенням ризиків корекції, досягнення оптимальних функціональних наслідків та належної якості життя, попередження та усунення безпосередніх та віддалених ускладнень, в тому числі – патологій оперованого стравоходу.

Разом з тим, незмінними залишаються загальні правила лікування рубцевих стенозів. Насамперед, це направленість на максимальне використання можливостей бужування в його сучасних модифікаціях. Серед іншого – дотримання етапності у забезпеченні початкового ентєрального та повноцінного харчування з використанням значного спектру загалом добре відпрацьованих пластичних втручань, котрі невпинно продовжують знаходити удосконалення в деталях.

Заміщення стравоходу товстою кишкою розглядається як важливий метод відновлення прохідності органу. Основними перевагами товстокишкової пластики є: прямий хід і можливість вибору петлі достатньої довжини, магiстральний тип кровопостачання, незначний вплив на травлення при виключенні значних відрiзків, стійкість до гіпоксії. Метод, проте,

не позбавлений загрози виникнення ускладнень, серед яких найтяжким є частковий або повний некроз трансплантата (2-12%). Високою залишається частота виникнення неспроможності швів анастомозу на шії (12-25%) (2, 4, 5, 7, 11). Летальність після езофагопластики перебуває в межах 3,2-18,8%.

Матеріал та методи

В період з 1980 по 2010 роки на лікуванні в клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі відділення торакальної хірургії обласної лікарні ім. М.І. Пирогова знаходилося 196 хворих віком від 19 до 84 років з рубцевими після опіковими звуженнями стравоходу.

Майже у всіх випадках лікування розпочинали з бужування, переважно – антеградного по провіднику, а тричі – ретроградного через гастростому. Пацієнти, що надходили з критичними метаболічними порушеннями та кахексією, підлягали першочерговій гастростомії.

У 27 спостереженнях діагностовано наслідки поєднаних опіків стравоходу і шлунка. Субта декомпенсовані стенози виходу з шлунка усували переважно шляхом накладання заднього гастро-ентероанастомозу на короткій петлі, антрум-резекція та резекція шлунка за Більрот-2 виконана двічі.

Пластичні втручання перенесли 42 пацієнти: 36 чоловіків і 6 жінок. В цій групі стеноз стравоходу переважно в верхній третині мав місце у 15 хворих, в середній – у 17, в нижній – у 10 хворих. Тотальному заміщенню підлягали випадки важкого стенозування з протяжністю ділянки максимального звуження понад 5-6 см. Тривалість від моменту опіка стравоходу до пластики складала від кількох місяців до 15 років.

Результати та обговорення

В переважній більшості випадків (78,9%) досягнути достатнього для харчування діаметру стенозованих ділянок вдавалось консервативними методами. Бужування порожнистими бужами по струні видається нам достатньо безпечним (за період спостереження ускладнень не зафіксовано) та ефективним підходом.

Показами до тотальної езофагопластики була повна рубцева непрохідність стравоходу, неможливість або велика небезпека бужування, коли через стриктуру неможливо провести струну-провідник або буж малого діаметру, швидкий рецидив стриктури, ускладнення перфорацією стінки при бужуванні в анамнезі, наявність стравохідної нориці.

Надання переваги пластиці стравоходу товстою кишкою в клініці обґрунтовується відомими особливостями її будови, а також кращими результатами в порівнянні з іншими видами реконструктивних втручань. Ізоперистальтичне проведення лівої половини товстої кишки дозволяє в повній мірі використати переваги ангіоархітектоніки і кращу відповідність розмірів даної ділянки кишки при адаптації анастомозованих відрізків.

Більшості хворим відновлення стравоходу виконувалась в два етапи, враховуючи загальний стан пацієнтів, що відзначався на ранніх етапах підготовки явищами суб- і декомпенсації основних метаболічних процесів, а в деяких випадках кахексії. В ході проведення гастростомії ми, як і більшість хірургів, проводимо попереднє вивчення ангіоархітектоніки товстої кишки та намагаємось перев'язати одну з магістралей. У середньому проміжний період між операціями складав 2-4 місяці. Одномоментні втручання проведено у 2 хворих з швидко прогресуючим стенозом.

При поєднаних ураженнях стравоходу та шлунку в переважній більшості випадків проходність стравоходу відновлювали консервативно, а евакуацію з шлунка забезпечували дренажними втручаннями. Випадок фатальної неспроможності гастродуоденоанастомозу примусив стримано відноситись до операцій резекційного типу, особливо – в перші місяці після опіку.

В клініці апробовані різні види пластичних втручань як правою, так і лівою половинами товстої кишки з її ізо- і антиперистальтичним проведенням ретро- і антестернально в різних модифікаціях.

В останнє десятиріччя проводиться ізоперистальтична ретростернальна колоезофагопластика лівою половиною кишки. Для цього ми виділяємо трансплантат з частково висхідної, поперековоободової і частини низхідної кишки з збереженням лівої ободової артерії. Довжина трансплантата сягала в середньому 40 см. В малому сальнику робили отвір і через нього позаду шлунку проводили мобілізовану кишку так, щоб не перекутилась судинна ніжка. Нижній кінець трансплантата анастомозували, як правило з передньою стінкою шлунку в антральному відділі. В одному випадку при короткій живильній судині сформовано задній кологастроанастомоз без функціональних порушень. При наявності гастростоми останню зберігали для харчування в післяопераційному періоді. Безперервність товстої кишки відновлювали формуючи анастомоз між висхідною і низхідною (або сигмоподібною) кишками «кінець в кінець». Через позадугрудинний тунель трансплантат проводили на шию.

Традиційно слабкою з точки зору безпеки виникнення неспроможності швів залишається ділянка езофаго- чи фарингоколоанастомозу. Для її попередження формували сполучення інвагінаційного типу (при співмірних діаметрах кінців) чи терміно-латеральний (при достатньо широкій товстій кишці), з адекватним дренажними ділянки анастомозу.

В ранньому післяопераційному періоді харчування проводили через назогастральний зонд, проведений в трансплантат або при наявності гастростоми через останню. На 8-10 добу виконували рентгенологічне дослідження водорозчинним контрастом. Впевнившись,

що неспроможність езофагоколоанастомозу відсутня, дозволяли спочатку пити, а потім приймати їжу.

Найчастішим (11 хворих) раннім післяопераційним ускладненням у даної групи пацієнтів була часткова неспроможність стравохідно-кишкового чи глотково-кишкового анастомозу, а пізнім – виникнення його рубцевих стриктур. Неспроможність майже у всіх випадках вдалось усунути консервативно без негативного впливу на загальний наслідок лікування. Проте у одного пацієнта з анти перистальтичним розташуванням трансплантату наявна нориця мала істотний вплив на погіршення стану, хворий загинув на фоні прогресування дисметаболических порушень аж до кахексії. Рубцеві звуження анастомозу лікували консервативно бужуванням.

Серед інших ускладнень слід назвати обмежену неспроможність міжкишкового анастомозу (у двох оперованих), яку вдалось лікувати консервативно. В одному випадку в пізньому періоді виник сліпий мішок власного стравоходу, хвора повторно оперована в іншому закладі. На теперішній час це ускладнення профілактуються відмовою від накладання шийного анастомозу бік-в-бік при збереженні власного стравоходу на протязі.

Загалом померло 3 оперованих пацієнти (післяопераційна летальність 7,1%). Причиною смерті стала прогресуюча серцева недостатність на фоні полі органних порушень, в одному випадку – в поєднанні з післяопераційною пневмонією.

Висновки

Оптимальним способом заміщення стравоходу товстою кишкою може бути пластика лівою половиною товстої кишки з ізоперистальтичним ретростернальним проведенням трансплантата. Двохмоментне виконання втручань забезпечує кращий післяопераційний вихід хворих.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

В.А. Шапринский, И.И. Митюк, В.Ф. Кривецкий, В.В. Петрушенко, В.И. Полищук, С.Н. Божок, В.Ю. Домбровский, А.И. Процик, Ю.А. Усатюк

Проанализированы результаты замещения пораженного пищевода толстой кишкой при послеожоговых стенозах, которые выполнялись у 42 пациентов. Показаниями к вмешательству была полная рубцовая непроходимость пищевода, невозможность или опасность бужирования, быстрый рецидив стриктуры, перфорация в анамнезе, наличие пищевода свища. Лучшие результаты получены при проведении изоперистальтической ретростеральной колоэзофагопластики левой половиной кишки. Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением была частичная несостоятельность шейного анастомоза (11 случаев), а поздним – возникновение его рубцовых стриктур. Редко возникала ограниченная несостоятельность межкишечного анастомоза (2), слепой мешок собственного пищевода (1). Всего умерло 3 оперированных пациентов (послеоперационная летальность 7,1%). Причиной смерти стала прогрессирующая сердечная недостаточность на фоне полиорганых нарушений, в одном случае - в сочетании с послеоперационной пневмонией.

Ключевые слова: послеожоговая стриктура пищевода, эзофагопластика, толстая кишка.

THE ESOPHAGEAL REPLACEMENT AT THE CICATRICAL STENOSIS OF THE ESOPHAGUS AFTER BURNS

V.O. Shaprinsky, I.I. Mituk, V.F. Kryveckyy, V.V. Petrushenko, V.I. Polishuk, S.N. Bogok, V.Yu. Dombrovskiy, A.I. Procik, Yu.A. Usatyuk

The results of the replacement of damaged esophagus with the colon at the ambustial stenosis were performed for 42 patients are analyzed. The indications for the interferences included complete cicatrival impassability 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 bowel intestine. The most frequent early postoperative complication was partial leakage of cervical anastomosis (11 cases), and late one – its cicatrival narrowing. The limited leakage of interintestinal anastomosis (2), blind sack of own gullet (1) were happened rather occasionally. Three patients died (postoperative lethality 7,1%). The reason of death was the progressive cardiac insufficiency on a background of multi organ violations, in one case – in combination with the postoperative pneumonia.

Key words: post burning stenosis of the esophagus, replacement of the esophagus, bowel intestine.

ЛІТЕРАТУРА

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. Саенко В.Ф. Восстановленные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В.Ф. Саенко, С.А. Андреешев, П.Н. Кондратенко, С.Д. Мясоедов // Кліні. хірургія. – 2002. – № 5-6. – С. 4.
 5. 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.
 6. Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н.Р. Рахметов, Д.С. Жетимкаринов, В.А. Хребтов и др. // Хирургия. – 2003. – № 11. – С. 17-19.
 7. Савві С.О. Комплексне лікування хворих з після опіковими стриктурами стравоходу (клініко-експериментальне дослідження): автореферат дисертації доктора медичних наук: спец. 14.01.03 – «хірургія» / С.О. Савві. – Харків, 2011. – 32 с.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. Coloesophagoplasty, a choice operation for postcaustic esophageal stenosis / M. Pasalega, C. Mesina, F. Calota [et al]. // Chirurgia. – 2004. – Vol. 99, № 6. – P. 515-521.

Стаття надійшла 23.02.2011