

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ТА ПЕРІОПЕРАЦІЙНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ СТЕНОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СТРАВОХОДУ

Є. В. Шапринський, О. І. Дацюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

THE TREATMENT TACTICS AND PERIOPERATIVE INTENSIVE THERAPY IN STENOSING ESOPHAGEAL DISEASES

E. V. Shaprynskyi, O. I. Datsyuk

Проблема правильного вибору лікувальної тактики та інтенсивної терапії при СЗС є актуальною [1 — 4]. Це пов'язане, насамперед, з великою кількістю виснажених хворих за непрохідності стравоходу при стриктурі 4 та 5 ступеня. Про це також свідчить значна частота післяопераційних ускладнень і висока післяопераційна летальність, що становить 4,9 — 35% [5 — 8].

Метою роботи є покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з приводу СЗС на основі правильно обраної лікувальної тактики та відповідної періопераційної інтенсивної терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати оперативного лікування 222 пацієнтів з приводу СЗС на базі відділення хірургії стравоходу і травного каналу Інституту загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України, а також торакального відділення клініки хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова за період з 2003 по 2015 р. Вік хворих від 18 до 82 років. Причинами виникнення СЗС були: післяопікова рубцева стриктура стравоходу — у 52 пацієнтів, післяопераційна рубцева стриктура — у 27, стриктура внаслідок рефлюкс—езофагіту — у 16, ахалазія стравоходу — у 45, рак стравоходу — у 65, лейоміома стравоходу — у 5, дивертикул стравоходу, ускладнений непрохідністю — у 12. У більшості хворих за непухлинної стриктури стравоходу виявляли

Реферат

Проаналізовано лікувальну тактику та інтенсивну терапію при стенозуючих захворюваннях стравоходу (СЗС) у 222 пацієнтів за період з 2003 по 2015 р. Відзначено доцільність застосування запропонованої тактики лікування.

Ключові слова: стенозуючі захворювання стравоходу; лікувальна тактика; інтенсивна терапія.

Abstract

The treatment tactics and intensive therapy in stenosing esophageal diseases for 222 patients in 2003 — 2015 yrs were analyzed. Expediency of application of the proposed treatment tactics was noted.

Key words: stenosing esophageal diseases; tactics of treatment; intensive therapy.

його непрохідність 3 і 4 ступеня та дисфагію, що потребувало оперативного лікування. Хворі розподілені на групи: 127 (57,21%) пацієнтів (група порівняння) оперовані в період з 2003 по 2010 р., їм проводили стандартний комплекс обстеження й лікування СЗС; 95 (42,79%) пацієнтів (основна група) оперовані в період з 2011 по 2015 р., у них застосовували запропонований діагностично—лікувальний алгоритм та вдосконалену технологію виконання реконструктивно—відновних оперативних втручань. Групи репрезентативні за статтю, віком пацієнтів, захворюваннями. У хворих основної групи проаналізовано роль окремих прогностичних чинників у виникненні післяопераційних ускладнень (ПУ) на базі логістичної регресії. За результатами моделювання ризику виникнення ПУ відібрані найбільш вагомі предиктори, встановлено, що: ризик виникнення ПУ достовірно збільшується за наявності технічних труднощів під час виконання операцій (коефіцієнт моделі 4,1399, $p=0,0083$); цукрового діабету (коефіцієнт моделі 3,2766, $p=0,0693$);

рівня альбумінів у плазмі крові менше 25 г/л (коефіцієнт моделі 3,2932, $p=0,0224$); повної непрохідності стравоходу (коефіцієнт моделі 0,8492). Застосування запропонованої нами технології лікування пацієнтів з приводу СЗС сприяло достовірному зменшенню ризику виникнення ПУ (коефіцієнт моделі 6,5724, $p=0,0057$). При зіставленні інформативності повної і скороченої моделей суттєві відмінності не виявлені, ($\chi^2=5$, $p=0,3400$), тобто, прогностичні властивості скороченої моделі не гірші, ніж повної. Доведено, що, з огляду на лаконічність лінійного предиктора, що включає лише п'ять факторів ризику, діапазон прогнозованого ризику виникнення ПУ широкий і має достатню роздільну здатність в межах від 0 до 99,8%.

Запропонований діагностичний алгоритм передбачав проведення езофагоскопії з подальшою біопсією, ультразвукового дослідження, оглядової рентгенографії органів грудної клітки, контрастної рентгенографії стравоходу, спіральної комп'ютерної томографії у 3 D режимі. За показаннями у деяких хво-

рих проводили ангіографію з метою вивчення особливостей кровопостачання і підготовки майбутнього трансплантата до езофагопластики. Важливим є проведення лабораторно—біохімічних досліджень, що характеризують трофічний статус. У 17,57% хворих спостерігали зниження рівня гемоглобіну (менше 120 г/л) і кількості еритроцитів (менше $4,0 \times 10^{12}$ в 1 л); у 47,30% — помірний лейкоцитоз (кількість лейкоцитів понад $9,0 \times 10^9$ в 1 л), що зумовлене наявністю езофагіту та запальних змін у верхніх дихальних

шляхах; у 52,70% — лімфопенію (кількість лімфоцитів менше $1,2 \times 10^9$ в 1 л); у 2,70% — підвищення рівня глюкози через наявність супутнього цукрового діабету II типу. За даними біохімічного дослідження крові у 33,78% хворих спостерігали зниження рівня загального білка і альбуміну (відповідно 58 — 61 і 30 — 34 г/л), що відповідало помірному ступеню виснаження; у 12,61% — 57 і 29 г/л, що відповідало значному ступеню виснаження; у 6,76% — 50 і 25 г/л, що відповідало тяжкому ступеню виснаження. Для інтегральної

оцінки стану хворих в цілому використовували шкалу АРАСНЕ II в модифікації В. О. Сипливого (2005), за якою у задовільному стані госпіталізовані 41,44% хворих, середньої тяжкості — 51,35%, тяжкому — 7,21%.

На основі аналізу обраних прогностичних критеріїв і побудованої моделі прогнозу виникнення ПУ нами розроблена лікувальна тактика.

У хворих за високого ризику виникнення ПУ застосовували мініінвазивні методи лікування, проводили корекцію трофічного статусу, інтенсивну підготовку до подальшої езофагопластики у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Мініінвазивні методи лікування включали попередню дилатацію стриктури (бужування чи балонну дилатацію), за їх неефективності і вкрай тяжкого стану хворого — стентування. При незадовільних умовах для стентування накладали гастростому за Вітцелом, Штаммом—Сенном—Кадемом чи Гернезом під місцевим знеболюванням.

У хворих за середнього ризику виникнення ПУ проводили інтенсивну інфузійну терапію з корекцією трофічного статусу перед езофагопластикою в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії.

У хворих за низького ризику виникнення ПУ використовували реконструктивно—відновне оперативне втручання з попередньою передопераційною підготовкою у хірургічному відділенні.

Запропоновану технологію лікування пацієнтів з приводу СЗС застосували паралельно з діагностичним алгоритмом, вона включала 3 етапи.

Перший етап — передопераційний, проведення інтенсивної трансфузійної передопераційної терапії, усунення розладів водно—електролітного балансу, білкового, вуглеводного і вітамінного обміну, антибактеріальної, протизапальної, антисекреторної та антирефлюксної терапії, а також симптоматичної терапії за показаннями. Цей етап проводили за участю лікаря—реаніматолога, до покращення показників трофічного статусу. У хворих за тяжкого виснаження для корекції метаболічних розладів використовували

ПУ у хворих після езофагопластики

ПУ	Кількість спостережень в групах			
	порівняння		основній	
	абс.	%	абс.	%
Неспецифічні ускладнення				
Плеврит	40	31,50	17	17,89*
Пневмонія	33	25,98	14	14,74*
Емпієма плеври	4	3,15	—	—
Медіастиніт	4	3,15	—	—
Флебіт	31	24,41	13	13,68*
Серома операційної рани	16	12,60	9	9,47
Нагноення лапаротомної рани	20	15,75	6	6,32*
Пневмоторакс	15	11,81	4	4,21*
Нагноення рани на шії	8	6,30	1	1,05*
Парез зворотного нерва	4	3,15	—	—
Кровотеча:				
у черевну порожнину	4	3,15	—	—
в ділянці шії	2	1,57	—	—
Гострий панкреатит	3	2,36	1	1,05
Непрохідність кишечника	4	3,15	2	2,11
Внутрішньочеревний абсцес	4	3,15	—	—
Неспроможність швів товстокишкового анастомозу	4	3,15	—	—
Неспроможність швів заглушеного кінця стравоходу	2	1,57	—	—
Інфаркт міокарда	2	1,57	—	—
ТЕЛА	2	1,57	1	1,05
Анафілактичний шок	1	0,79	—	—
Поліорганна недостатність	4	3,15	—	—
Сепсис	2	1,57	—	—
Специфічні ускладнення				
Неспроможність швів стравохідно—органного анастомозу	14	11,02	4	4,21*
езофагоколоанастомозу	7	—	1	—
езофагогастроанастомозу	5	—	1	—
езофагоілеоанастомозу	—	—	2	—
після дивертикулектомії	2	—	—	—
Стриктура стравохідного анастомозу	22	17,32	8	8,42*
езофагоколоанастомозу	8	—	2	—
езофагогастроанастомозу	14	—	6	—
езофагоілеоанастомозу	—	—	—	—
<i>Примітка.</i>	* — різниця показників достовірна відносно таких у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$).			

систему парентерального живлення "все в одному" (all in one), що є альтернативою методиці флаконів і приготовлених в аптеці контейнерів, в яких змішані всі компоненти парентерального живлення. Використовували систему "ОлиКлиномель N7—1000E" — трисекційний мішок, що містить розчини амінокислот (Synthamin), глюкози та жиру емульсію (clinoleic), загальний об'єм 2000 мл. З метою покращення живлення товстокишкового трансплантата і попередження ПУ проводили запропоновану інфузійну терапію за 1 добу до операції, що включала: внутрішньовенне введення 4 мл 5% розчину мексидолу у 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду двічі на добу (зі швидкістю 40 — 60 крапель за 1 хв), 100 мл тивортину 1 раз на добу (зі швидкістю 10 крапель за 1 хв у перші 10 — 15 хв, потім швидкість збільшують до 30 крапель за 1 хв), 1 мл 1% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно двічі на добу (пат. України на корисну модель 78205 від 11.03.13). Запропонована технологія лікування на цьому етапі також включала вивчення ангіоархітектоніки товстої кишки за даними ангіографії (пат. України на винахід 103847 від 25.11.13). Проводили пломбування (оклюзію) частини живлячих гілок з метою подальшої адаптації майбутнього трансплантата до можливої гіпоксії. У хворих при виявленні патогенної мікрофлори порожнини ротової частини глотки та супрастенотичного відділу стравоходу перед операцією протягом 3 діб тричі на добу здійснювали санацію 50 мл 0,01% розчину Мірамістину.

Другий етап — інтраопераційний, виконання реконструктивно—відновного оперативного втручання. Крім проведення запропонованої інфузійної терапії, під час виконання оперативного втручання для оцінки життєздатності трансплантата використовували модифікований пульсоксиметричний датчик (пат. України на корисну модель 82034 від 25.07.13). Реконструктивно—відновні оперативні втручання виконували з застосуванням розроблених методик: формування антирефлюксного анастомозу між дистальним кінцем трансплантата та передньою стінкою шлунка (пат. України на винахід 103862 від 25.11.13), удосконаленого способу езофагопластики з використанням шлункової трубки (пат. України на корисну модель 85680 від 25.11.13), езофагопластики з застосуванням ілеоцекального сегмента (пат. України на корисну модель 78206 від 11.03.13).

Третій етап — післяопераційний, продовження запропонованої інфузійної терапії в ранньому післяопераційному періоді тривалістю 7 діб. Проводили ентеральне харчування сумішами підвищеної енергетичної цінності ("Peptamen", "Clinutren Optimum", "Nutrien standart", "Berlamyn modular") через назогастральний зонд або гастростому, продовжували інфузійну, антибактеріальну, протизапальну терапію. На 8 — 10—ту добу перевіряли спроможність стравохідно—органного анастомозу чи пластики за даними рентгенологічного дослідження з введенням водорозчинної контрастної речовини. При виникненні ПУ, зокрема, неспроможності

швів стравохідно—органних анастомозів, а у віддаленому післяопераційному періоді — стриктури запроваджене стентування стравоходу з заведенням стентів, що саморозширюються і володіють пам'яттю форми. Це дозволило в ранньому післяопераційному періоді уникнути тяжких ускладнень і летальних наслідків, а у віддаленому — виконання повторних оперативних втручань.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перебіг найближчого післяопераційного періоду у 95 (42,79%) пацієнтів без ускладнень, у 127 (57,21%) — виникли ПУ, від яких 10 (4,50%) хворих померли. Результати застосування запропонованої лікувальної тактики, періопераційної інтенсивної терапії та технології оперативного втручання свідчили про більш швидку стабілізацію лабораторних і біохімічних показників після операції у хворих основної групи.

Частота ПУ достовірно менша у хворих основної групи ($p < 0,05$), що свідчило про більш сприятливий перебіг у них післяопераційного періоду, ніж у групі порівняння (див. таблицю).

Застосування запропонованої лікувальної тактики дозволило зменшити частоту специфічних ПУ з 28,34 до 12,63% ($p < 0,05$), тривалість лікування хворих у стаціонарі з $(26,1 \pm 1,1)$ до $(22,0 \pm 0,5)$ дня ($p < 0,001$), тривалість післяопераційного періоду — з $(19,5 \pm 1,1)$ до $(15,2 \pm 0,7)$ дня ($p < 0,01$), післяопераційну летальність — з 6,29 до 2,11%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зингеренко В. Б. "Все в одном" — инновационная технология полного парентерального питания / В. Б. Зингеренко, А. Е. Шестопалов // Медицина неотлож. состояний. — 2010. — № 4(29). — С. 21—27.
2. Опыт организации парентерального питания в условиях отделения интенсивной терапии / С. А. Крейдич, А. А. Кузьменко, Н. В. Степанова [и др.] // Там же. — № 5(30). — С. 41—46.
3. Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреещев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клініч. хірургія. — 2002. — № 5—6. — С. 4.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н. П. Рахметов, Д. С. Жетимкаринов, В. А. Хребтов и др. // Там же. — № 11. — С. 17 — 19.
8. 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.