

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРИВОДУ СТЕНОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ

Є. В. Шапринський

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

TREATMENT OF PATIENTS FOR STENOSING DISEASES OF THE ESOPHAGUS

E. V. Shaprynskiy

З даними літератури, частота виникнення СЗС збільшується, можливо, внаслідок вживання великої кількості хімічних речовин у побуті. Спостерігають збільшення частоти післяопікової рубцевої стриктури стравоходу, новоутворень органа [1—3]. Існуючі методи лікування СЗС не завжди ефективні, післяопераційна летальність після використання деяких видів езофагопластики становить 30 — 35% [1, 2, 4], що зумовлене значною частотою післяопераційних ускладнень, з яких найбільш загрозливим для життя є специфічне ускладнення — неспроможність швів стравохідних анастомозів з подальшим виникненням плевриту, емпієми, медіастиніту, сепсису [3, 5 — 7].

Метою роботи є покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з приводу СЗС на основі застосування вдосконаленої технології виконання реконструктивно—відновних оперативних втручань і мінімізації частоти післяопераційних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений ретроспективний аналіз реконструктивно—відновних оперативних втручань, виконаних у 122 пацієнтів з приводу СЗС у відділенні хірургії стравоходу та 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 1993 по 2014 р. Вік хворих від 18 до 82 років, більшість з

Реферат

Проаналізовані результати оперативного лікування 122 пацієнтів з приводу стенозуючих захворювань стравоходу (СЗС) за період 1993 — 2014 рр. Доведено доцільність застосування запропонованої технології лікування.

Ключові слова: стенозуючі захворювання стравоходу; тактика лікування; аналіз результатів оперативного лікування.

Abstract

The results of operative treatment of 122 patients for stenosing diseases of the esophagus during 1993 — 2014 yrs period were analyzed. The expediency of application of the technology proposed was proved.

Key words: stenosing diseases of the esophagus; tactics of treatment; analysis of results of operative treatment.

них — від 45 до 74 років, тобто, працездатного віку. Чоловіків було 64,7%, жінок — 35,3%. Післяопікова стриктура стравоходу виявлена у 36 хворих, у 18 (50%) з них — причиною опіку було випадкове застосування концентрованого лужного розчину, у 6 (16,7%) — електроліту (аккумуляторна рідина), у 7 (19,4%) — концентрованих кислот (оцтової, азотної, хлористоводневої, сірчаної, ортофосфорної тощо), у 5 (13,9%) — невідомої речовини.

Післяопераційна рубцева стриктура відзначена у 3 хворих, 2 з них — раніше оперовані з приводу кільцеподібної стриктури нижньої третини стравоходу, 1 — здійснена пластика стравоходу з використанням шлунка, після чого утворилася стриктура езофагогастроанастомозу.

Рак стравоходу діагностований у 64 хворих, в тому числі у шийній частині — в 1, верхньогрудній — у 2, середньогрудній — у 21, нижньогрудній — у 15, у черевній частині — у 25.

Лейоміома стравоходу виявлена у 3 хворих, переважно у нижньогрудній частині.

Дивертикули стравоходу, як правило, були великі, що спричиняло непрохідність стравоходу, переважно локалізовані у шийній (у 8 хворих) та нижньогрудній (у 3) частині. Стриктура внаслідок рефлюкс—езофагіту відзначена у 5 хворих.

Всім хворим проведено повне клініко—лабораторне обстеження, застосовували також інструментальні методи дослідження (ультразвукове дослідження, езофагогастродуоденофіброскопію, спіральну комп'ютерну томографію) з обов'язковим контрастним дослідженням для визначення ступеня непрохідності стравоходу. Лікування передбачало призначення комплексної консервативної терапії, спрямованої на відновлення трофологічного статусу, нормалізацію водно—електролітного та інших видів обміну, антибактеріальну, протизапальну, антисекреторну та антирефлюксну терапію, а також симптоматичну терапію за показаннями. Хворі розподілені на дві групи: 67 (54,9%) хворих (група порівняння) — оперовані з 1993 по 2010 р., у яких проводили стандартний комплекс обстеження й лікування СЗС; 55 (45,1%) хворих

Таблиця 1. Реконструктивно-відновні оперативні втручання, виконані у хворих основної групи та групи порівняння

Захворювання	Оперативне втручання	Кількість хворих в групах	
		порівняння	основній
Післяопікова рубцева стриктура	Загруднинна пластика правою половиною товстої кишки	20	3
	Внутрішньоплевральна езофагопластика сегментом товстої кишки	3	–
	Внутрішньоплевральна езофагопластика шлунком	1	–
	Резекція стравоходу з пластикою за Л'юїсом	6	–
	Фундоплікація за Ніссеном	1	–
	Пластика шлунковою трубкою за Черноусовим	1	–
Післяопераційна рубцева стриктура	Реконструкція езофагогастроанастомозу	1	–
	Кардіоміопластика за Дором	–	2
	Пластика за Гелером – Дором	–	1
Стриктура після рефлюкс-езофагіту	Резекція середньої та нижньої третини стравоходу, езофагогастроанастомоз	2	1
	Пластика шлунковою трубкою за Черноусовим	–	1
	Пластика за Гелером – Дором	–	1
Рак стравоходу	Пластика сегментом ободової кишки (висхідної, поперечної, низхідної)	2	1
	Трансгіатальна екстирпація стравоходу з пластикою шлунком за Черноусовим	1	6
	Субтотальна проксимальна резекція шлунка з екстирпацією стравоходу і цервікальним езофагогастроанастомозом	3	1
	Резекція середньої та нижньої третини грудної частини стравоходу з пластикою за Л'юїсом	16	8
	Резекція нижньої і грудної частини стравоходу з пластикою за Гарлоком – С'юїтом	2	1
	Комбінована гастректомія з резекцією середньогрудної частини стравоходу і пластикою за Ру	3	2
	Гастректомія за Бондарем	–	2
	Комбінована гастректомія з резекцією дистальної частини стравоходу, субтотальна дистальна резекція підшлункової залози, спленектомія, резекція брижі поперечної ободової кишки	–	1
Пластика ілеоцекальним сегментом	–	13	
Лейоміома стравоходу	Резекція нижньої третини стравоходу і кардії з пластикою	1	2
Дивертикули стравоходу	Дивертикулектомія	4	7

(основна група) оперовані з 2011 по 2014 р. з використанням удосконаленої технології. Пацієнти обох груп рандомізовані за статтю, віком, нозологією, наявністю супутніх захворювань (табл. 1).

У хворих основної групи застосована запропонована нами технологія лікування з приводу СЗС паралельно з використанням діагностичного алгоритму, що включала 3 етапи.

Перший етап — передопераційний, проведення інтенсивної инфузійної терапії для нормалізації 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, він тривав до покращення показників трофологіч-

ного статусу. Також з метою покращення живлення товстокишкового трансплантата і попередження післяопераційних ускладнень проводили инфузійну 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 протягом перших 10 — 15 хв, далі — 30 крапель за 1 хв), 1 мл 1% розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно двічі на добу (пат. України 78205 від 11.03.13). Запропонована технологія лікування на цьому етапі також включала вивчення ангіоархітектоніки товстої кишки за даними ангіографії (пат. України 103847 від 25.11.13). Крім ангіографічного вивчення особливостей кровопоста-

чання майбутнього трансплантата, проводили пломбування (оклюзію) частини живлячих гілок з метою подальшої адаптації майбутнього трансплантата до можливої гіпоксії.

Другий етап — інтраопераційний, виконання реконструктивно-відновного оперативного втручання, він також включав введення запропонованої инфузійної терапії. Під час виконання операції для оцінки життєздатності трансплантата використовували модифікований пульсоксиметричний датчик (пат. України 82034 від 25.07.13). Реконструктивно-відновні втручання виконували з застосуванням розроблених методів. Так, розроблений і впроваджений метод формування антирефлюксного анастомозу між дистальним кінцем трансплантата і передньою стінкою шлунка (пат. України 103862 від 25.11.13), а також удосконалений спосіб езофагоплас-

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення у хворих після езофагопластики

Ускладнення	Кількість хворих в групах			
	порівняння		основній	
	абс.	%	абс.	%
Неспецифічні				
плеврит	35	52,2	17	30,9
пневмонія	27	40,3	15	27,3
емпієма плеври	2	2,9	–	–
медіастиніт	1	1,4	–	–
флебіт	30	44,8	19	34,5
серома операційної рани	16	23,9	9	16,4
нагноєння лапар отомної рани	8	11,9	6	10,9
пневмоторакс	7	10,4	6	10,9
нагноєння рани на шиї	5	7,7	4	7,3
парез поворотного гортанного нерва	4	6,0	1	1,8
Кровотеча				
у червну порожнину	4	6,0	1	1,8
в ділянці шиї	1	1,5	–	–
Гострий панкреатит	2	2,4	1	1,8
Непрохідність кишечника у	3	3,7	2	3,6
Внутрішньочеревний абсцес	2	3,0	–	–
Неспроможність швів товстокишкового анастомозу	2	3,0	–	–
Неспроможність швів заглушеного кінця стравоходу	1	1,5	–	–
Інфаркт міокарда	1	1,5	–	–
Тромбоемболія легеневої артерії	1	1,5	1	1,8
Анафілактичний шок	1	1,5	–	–
Поліорганна недостатність	1	1,5	–	–
Кахексія	2	3,0	–	–
Сепсис	1	1,5	–	–
Специфічні ускладнення				
Неспроможність швів стравохідно – органного анастомозу	7	10,4	5	9,1
– езофагоколоанастомозу	4	–	1	–
– езофагогастроанастомозу	2	–	2	–
– езофагоілеоанастомозу	–	–	1	–
– після дивертикулектомії	1	–	1	–
Стриктуря стравохідного анастомозу	12	17,9	9	16,4
– езофагоколоанастомозу	8	–	5	–
– езофагогастроанастомозу	4	–	5	–
– езофагоілеоанастомозу	–	–	–	–

тики шлунковою трубкою (пат. України 85680 від 25.11.13). Спільно з співробітниками Інституту загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України розроблений і впроваджений у практику за відповідними показаннями метод езофагопластики з використанням ілеоцекального сегмента (пат. України 78206 від 11.03.13).

Третій етап — післяопераційний, продовження запропонованої інфузійної терапії в ранньому післяопераційному періоді протягом 7 діб. Ентеральне харчування з викорис-

танням сумішей підвищеної енергетичної цінності ("Pertamen", "Clinutren Optimum", "Nutrien standard", "Berlamyn modular") через назогастральний зонд або гастростому, продовження антибактеріальної, протизапальної терапії. На 8–10-ту добу перевіряли спроможність швів стравохідно—органного анастомозу чи пластики за допомогою рентгенологічного дослідження з застосуванням водорозчинної контрастної речовини, після чого дозволяли хворому спочатку пити, а потім вживати їжу. При виникненні

ускладнень, зокрема, неспроможності швів стравохідно—органних анастомозів, а у віддаленому післяопераційному періоді — стриктури впроваджене стентування стравоходу з встановленням стентів, що саморозширюються і володіють пам'яттю форми. Це дозволило в ранньому післяопераційному періоді уникнути тяжких ускладнень і смерті хворих, а у віддаленому — повторного виконання оперативних втручань.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після операції неспроможність швів стравохідно—органного анастомозу виникла у 12 (9,8%) хворих. У найближчому післяопераційному періоді стриктура шийного анастомозу виявлена у 21 (17,2%) пацієнта, у 6 (4,9%) з них — після неспроможності швів анастомозу. Найбільш часто спостерігали легенево—плевральні ускладнення, неспроможність швів стравохідно—органних анастомозів (табл. 2).

Один (0,82%) хворий помер внаслідок неспроможності швів езофагоколоанастомозу з подальшою появою емпієми плеври, медіастиніту після загруднинної езофагопластики правою половиною товстої кишки; один (0,82%) — від гострої серцево—судинної недостатності після загруднинної пластики правою половиною товстої кишки; один (0,82%) — від тромбоемболії легеневої артерії після загруднинної пластики правою половиною товстої кишки; один (0,82%) — від профузної інтраопераційної кровотечі внаслідок ДВЗ—синдрому після загруднинної пластики правою половиною товстої кишки; один (0,82%) — від гострої серцево—судинної недостатності після езофагопластики шлунковою трубкою за Черноусовим; один (0,82%) — від тромбоемболії легеневої артерії після кардіопластики за Гелером — Дором з приводу ахалазії IV стадії; один (0,82%) — внаслідок неспроможності швів стравоходу після дивертикулектомії.

В основній групі померли 2 хворих: після езофагопластики шлунковою трубкою за Черноусовим в 1 (1,8%) виникла гостра серцево—су-

динна недостатність внаслідок гострого коронарного синдрому; після дивертикулектомії в 1 (1,8%) хворого з приводу епіфренального дивертикула виникли неспроможність швів стравоходу та медіастиніт. От-

же, післяопераційна летальність в основній групі становила 3,6%, в групі порівняння — 7,5% ($p < 0,05$).

Таким чином, при застосуванні розробленої нами технології лікування пацієнтів з приводу СЗС пе-

ребіг післяопераційного періоду більш сприятливий, ніж у хворих групи порівняння, менші частота післяопераційних ускладнень, тривалість лікування зворих у стаціонарі та післяопераційна летальність.

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. 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.
3. 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.
4. Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н. Р. Рахметов, Д. С. Жетимкаринов, В. А. Хребтов [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 11. — С. 17 — 19.
5. Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреещев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клін. хірургія. — 2002. — № 5—6. — С. 4.
6. Саркисов Д. С. Микроскопическая техника: руководство / Д. С. Саркисов, Ю. Л. Перов. — М.: Медицина, 1996. — 544 с.
7. 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.

