

З. М. Низамходжаев, Р. Е. Лигай, Д. С. Абдуллаев, Д. А. Хаджибаев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Z. M. Nizamkhodjaev, R. Ye. Ligay, D. S. Abdoullaev, D. A. Khadjibaev

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED POST BURN CICATRICLE STRICTURES OF ESOPHAGUS AND STOMACH

Республиканский специализированный центр хирургии
им. акад. В. Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент

© Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Абдуллаев Д. С., Хаджибаев Д. А.

В статье представлен опыт лечения 154 больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка. В зависимости от степени превалирования клиники стеноза пищевода и нарушения эвакуации из желудка больные были разделены на три группы, каждой из которых разработана оптимальная дифференцированная тактика инструментального и хирургического лечения.

Ключевые слова: пищевод, желудок, постожоговые рубцовые сужения.

Experience of treatment of 154 patients with combined post burn cicatricle strictures of esophagus and stomach is represented in the article. Depending on degree of prevailing clinic of esophagus stenosis or evacuation from stomach violation, patients were divided into three groups. For each ones, optimal differentiated strategy of instrumental and surgical treatment was developed.

Key words: esophagus, stomach, combined postburn strictures.

УДК 616.329/.33-001.17-06-003.92-007.271-089

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы лечения сочетанных ожогов пищевода и желудка продолжают оставаться актуальной проблемой торако-абдоминальной хирургии [1, 4, 8]. Это обусловлено наличием не одного, а двух уровней непроходимости пищеварительного тракта — пищевода и желудка, — что приводит к резкому нарушению алиментарного статуса больных [2, 5, 10].

Длительность морфологических изменений в стенке пищевода и желудка после контакта с агрессивным агентом не имеет одинаковых временных характеристик. Формирование рубцовых изменений в пищеводе происходит в течение 6–12 мес. с момента ожога, в то время как стеноз желудка развивается в первые 2 мес. [1, 7, 9]. Указанное обстоятельство обуславливает целесообразность поэтапного проведения лечебных мероприятий у данной категории больных. При этом применяются разнообразные методики операций по восстановлению пассажа из желудка, в т.ч. в сочетании с различными вариантами гастростомий, что позволяет проводить бужирование пищевода либо его пластику в дальнейшем [3, 6, 8].

Частота сочетанных ожогов пищевода и желудка, по данным различных авторов, колеблется от 15 до 53 % [3, 6, 9]. Основные трудности при лечении данной категории больных связаны с необходимостью выбора тактики лечения и методик хирургических вмешательств, направленных на устранение непроходимости пищевода и желудка, решения вопроса энтерального питания, возможности одномоментного решения нескольких задач. Совершенствование тактики и методов хирургического лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка является многоплановой и достаточно сложной проблемой современной хирургии и предметом постоянного изучения.

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка (ПРСПиЖ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 1976 по 2011 на стационарном лечении находилось 154

больных с сочетанными ПРСПиЖ в возрасте от 16 до 78 лет, мужчин было 74, женщин — 80. Характер химических реагентов: уксусная эссенция у 100 (64,9 %) пациентов, щелочь у 15 (9,7 %), неорганические кислоты у 29 (18,8 %) и у 10 (6,5 %) пациентов — неизвестная жидкость.

Анализ длительности заболевания показал, что в течение первого месяца с момента ожога обратилось 40 (25,9 %) пациентов, от 1 до 3 мес. — 43 (27,9 %), от 3 до 6 мес. — 20 (12,9 %), от 6 мес. до 1 года — 18 (11,7 %), в течение 1–3 лет — 9 (5,8 %) и свыше 3 лет — 24 (15,6 %) пациента.

На основании рентгеноконтрастного исследования определялась степень нарушения эвакуации из желудка: у 3 (1,9 %) пациентов, несмотря на наличие рубцовой деформации, признаков нарушения эвакуации из желудка не выявлено, компенсированный стеноз I ст. установлен у 43 (27,9 %), субкомпенсированный стеноз II ст. — у 41 (26,6 %) и декомпенсированный стеноз III ст. — у 59 (38,3 %) пациентов. Необходимо отметить, что у 8 (5,2 %) пациентов определить степень стеноза не представлялось возможным, т. к. им ранее были уже выполнены операции по поводу сужения желудка: ГЭА с ЭЭА — у 6, пилоропластика — у одного и резекция желудка также у одного.

На основании комплексного обследования установлена следующая локализация сужения

желудка (рис. 1): привратник — у 15 (9,7 %), антрум — у 121 (78,6 %), антрум+нижняя треть тела желудка — у 7 (4,5 %), тело желудка — у 4 (2,6 %), субтотальное — у 3 (1,9 %) и тотальное у 4 (2,6 %) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Тактика лечения зависела от степени прева-лирования нарушения проходимости пищевода или желудка, времени с момента ожога, тяжести состояния пациентов, а также от характера ранее проведенного хирургического лечения. В связи с этим наши пациенты были распределены на три соответствующие группы.

В первую группу (рис. 2) вошли 14 пациентов, у которых при удовлетворительной проходимости пищевода превалирующим в клинической картине являлось нарушение эвакуации из желудка: стеноз II ст. был у 3 (21,4 %) и III ст. у 11 (78,6 %) пациентов. В связи с этим хирургическое лечение было направлено на восстановление пассажа из желудка: гастродуоденоанастомоз (ГДА) по Джабулею — у 2 пациентов, обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну — у 5, экономная резекция желудка по Бильрот I — у 2, резекция $2/3$ желудка по Бильрот I — у 3, субтотальная резекция желудка по Бильрот II — у 1 и гастрэктомия выполнена у одного пациента.

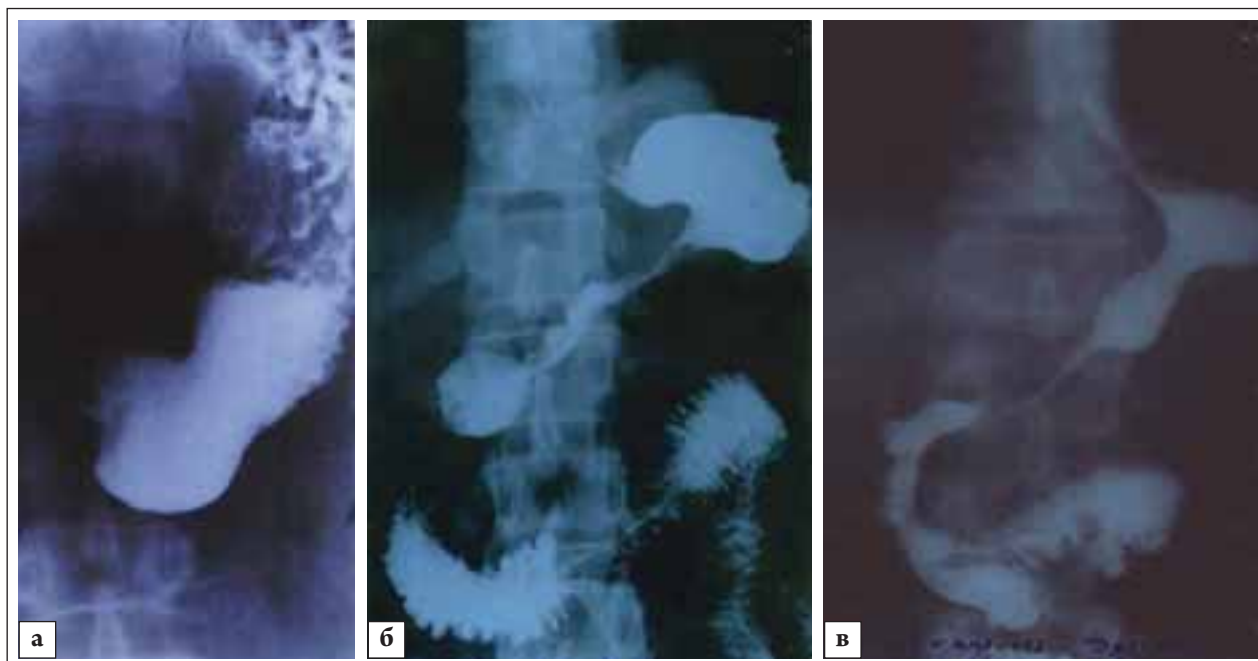


Рис. 1. Рентгенологическая картина сочетанного ПРСПиЖ: а — сочетанное рубцовое сужение антрального отдела желудка; б — сочетанное субтотальное рубцовое сужение желудка; в — сочетанное тотальное рубцовое сужение желудка

Во вторую группу (рис. 2) включены 55 пациентов с сочетанными ПРСПиЖ, у которых превалирующим в клинической картине было нарушение проходимости пищевода. Необходимости в проведении реконструктивных вмешательств на желудке у данной группы не было, т. к. у 8 пациентов ранее уже были проведены корригирующие операции на желудке, у 3 эвакуация из желудка была в норме, а у 44 рентгенологически был установлен клинически незначимый стеноз привратника I ст. У этой группы пациентов в 52 случаях успешно проведено бужирование пищевода, а трем потребовалось хирургическое лечение — одномоментная ретростернальная шунтирующая колоэзофагопластика.

В третью группу (рис. 3) вошли 85 пациентов с сочетанными ПРСПиЖ, у которых при поступлении признаки нарушения проходимости пищевода и эвакуации из желудка были выражены одинаково, при этом дисфагия I степени была у 3 (3,5 %), II степени — у 39 (45,9 %), III степени — у 26 (30,6 %) и IV степени — у 17 (20 %) из них. Нарушение эвакуации из желудка, проявившееся стенозом привратника, было II степени у 37 (43,5 %) и III степени у 48 (56,5 %) пациентов.

У 57 (67,1 %) пациентов удалось адекватно восстановить проходимость пищевода без хирургического вмешательства: поэтапным бужированием по струне-проводнику у 56 и

эндоскопическим бужированием сменными металлическими оливами со стентированием у одного. В последующем хирургические вмешательства на желудке были выполнены только у 46 (80,7 %) пациентов. Остальные 11 (19,3 %) категорически отказались от предложенных операций на желудке.

Таким образом, после успешного бужирования выполнены следующие хирургические вмешательства: обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну — у 19, обходной ГДА по Джабулею — у 5, пилоропластика — у 1, местная пластика антрального отдела желудка — у 1, экономная резекция $1/2$ желудка по Бильрот I — у 13, резекция $2/3$ желудка — у 5, субтотальная резекция желудка по Бильрот II — у 1 и гастрэктомия — у 1 пациента.

У остальных 28 (32,9 %) пациентов с сочетанными ПРСПиЖ попытки бужирования были неудачны или неэффективны, в связи с чем была выполнена их одномоментная хирургическая коррекция, что представлено в таблице. Наиболее часто применялись резекционные способы коррекции сужения желудка ($n=9$), обходные анастомозы ($n=6$) и пилоропластика ($n=8$). Среди реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе отдаем предпочтение шунтирующей колоэзофагопластике, которая выполнена у 15 пациентов.

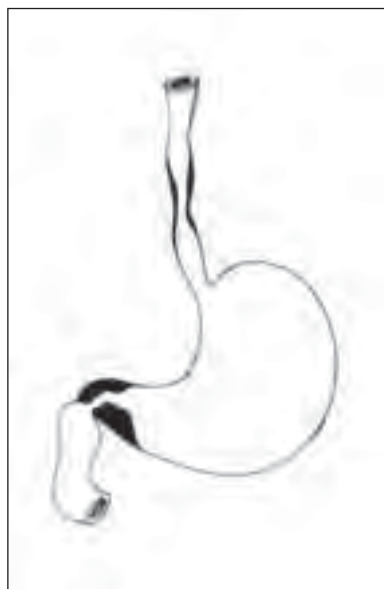


Рис. 2. Схема превалирования клиника нарушения эвакуации из желудка без клинически значимого стеноза пищевода

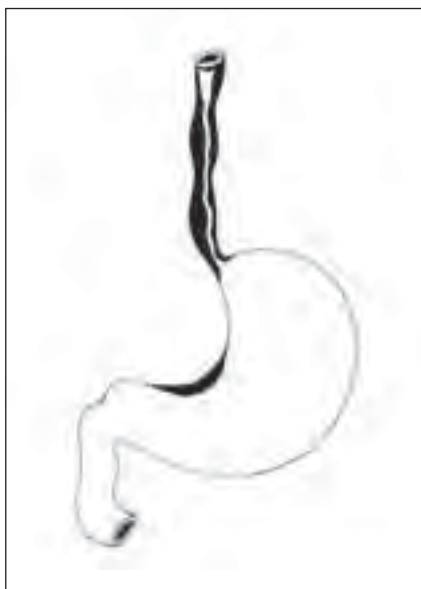


Рис. 3. Схема превалирования нарушения проходимости пищевода без нарушения эвакуации из желудка или без клинически значимого компенсированного стеноза привратника

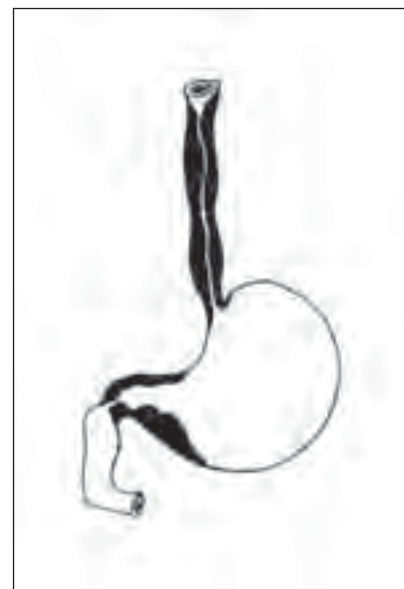


Рис. 4. Схема равноценного выраженного нарушения эвакуации из желудка и проходимости пищевода

**Характер одномоментных хирургических вмешательств у пациентов
с сочетанными ПРСПиЖ**

Характер хирургических вмешательств на желудке	Характер хирургических вмешательств для коррекции непроходимости пищевода				Итого
	Гастростомия	Резекция н/3 пищевода	Колопластика	Экстирпация пищевода	
ГЭА с ЭЭА по Брауну	4	-	1	-	5
ГДА по Джабулею	1	-	-	-	1
Пилоропластика	2	-	5	1	8
Местная пластика желудка	-	-	3	-	3
Экономная резекция $1/2$ желудка	4	-	3	-	7
Резекция $2/3$ желудка	-	-	2	-	2
Гастрэктомия	-	1	-	-	1
Обходной коло-еюноанастомоз	-	-	1	-	1
Итого	11	1	15	1	28

Заслуживает внимания один случай пациентки с тотальным постожоговым рубцовым сужением гортаноглотки и пищевода, которой в остром периоде в другом стационаре наложена еюностомы, вследствие того, что желудок был тотально сужен начиная с кардии до постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. После тщательной предоперационной подготовки ей была выполнена одномоментная ретростеральная шунтирующая колоэзофагопластика с пластикой глотки и формированием фарингоколоанастомоза. Во время операции подтвержден тотальный ожог желудка, в связи с чем проведено закрытие еюностомы, а дистальный конец колотрансплантата анастомозирован с тощей кишкой, которая ранее была выведена в виде еюностомы.

Такое разнообразие сочетаний одномоментных хирургических вмешательств на пищеводе и желудке в очередной раз свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту с сочетанными ПРСПиЖ.

В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 5 пациентов, что составило 3,2 %. Причинами фатальных исходов были:

- некроз колотрансплантата после одномоментной шунтирующей колопластики с резекцией $2/3$ желудка по Бильрот I — 1 пациент;
- аррозивное кровотечение из шейной раны после шунтирующей колоэзофагопластики — 1 пациент;

- разлитой перитонит на фоне недостаточности ГДА и множественных острых перфоративных язв желудка — 1 пациент;
- двусторонняя пневмония с развитием острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности — 1 пациент;
- острая сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность у 1 пациента, поступившего через 2 нед. после острого отравления щелочью с тотальным сужением пищевода и антрального отдела желудка, по поводу чего был наложен обходной ГЭА с ЭЭА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с сочетанными ПРСПиЖ в структуре доброкачественных заболеваний пищевода представляют наибольшие сложности. При этом наиболее важным вопросом остается выбор оптимальной тактики хирургического лечения, которая должна быть строго индивидуальной и зависит от следующих факторов: возраст и состояние пациента, время с момента ожога пищеварительного тракта, протяженность и локализация стриктуры пищевода и желудка, степень нарушения проходимости пищевода и желудка, а также характер ранее выполненных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М. А., Жураев Ш. Ш., Кашкин К. А., Сальменбаева Г. К. Лечение сочетанных рубцовых поражений пищевода и желудка // Хирургия. — 1992. — 4. — С. 13–15.
2. Бакиров А. А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. — 2001. — № 5. — С. 19–23.
3. Жураев Ш. Ш., Султанов Э. Ш., Телеуов М. К. Выбор тактики лечения при сочетанных ожоговых сужениях пищевода и желудка // I Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. тез. под ред. проф. Галлингера Ю. И. — М., 1996. — С. 166–167.
4. Макарова О. Л. Тактика лечения больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка после химических ожогов / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004. — 24 с.
5. Рахметов Н. Р., Жетимкаринов Д. С., Хребтов В. А., Аймагамбетов М. Ж., Булегенов Т. А. Хирургическое лечение сочетанных ожоговых стриктур пищевода и желудка // Хирургия. — 2003. — № 11. — С. 17–19.
6. Рудой М. В. Дренирующие желудок операции при лечении сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 26 с.
7. Черноусов А. Ф., Янгиев А. Х., Домрачев С. А. Выбор метода операции на желудке в комплексном лечении ожога пищевода и желудка // Хирургия. — 1990. — № 2. — С. 55–60.
8. Ananthakrishnan N., Rao K. S., Radjendlrin P. Mid-colon oesophagocoloplasty for corrosive oesophageal strictures // Aust N Z J Surg. — 1993. — № 5. — P. 389–395.
9. Panieri E, Rode H, Millar A., Cywes S. Oesophageal replacement in the management of corrosive strictures: when is surgery indicated? // Pediatr Surg. — 1998. — № 5–6. — P. 336–340.
10. Said A., Brust D. J., Gaumnitz E. A., Reicheldefer M. Prediction of early recurrence of benign esophageal strictures // Am J Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98. — № 6. — P. 1252–1256.

Поступила в редакцию 11.09.2011

Утверждена к печати 10.03.2012

Авторы:

Низамходжаев З. М. — д. м. н., руководитель отделения хирургии пищевода и желудка, Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан.

Лигай Р. Е. — к. м. н., с. н. с. отделения хирургии пищевода и желудка, Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан.

Хаджибаев Ж. А. — м. н. с. отделения хирургии пищевода и желудка, Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан.

Абдуллаев Д. С. — аспирант отделения хирургии пищевода и желудка, Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан.

Контакты:

Лигай Руслан Ефимович

тел. +998-90-348-64-57

e-mail: docligay73@rambler.ru