

З. М. Низамходжаев, Р. Е. Лигай, О. М. Гуламов, А. О. Цой, Р. Р. Омонов, А. Г. Мирзакулов

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Z. M. Nizamkhojayev, R. Ye. Ligai, O. M. Goulamov, A. O. Tsoi, R. R. Omonov, A. G. Mirzakoulov

## SURGICAL TREATMENT RESULTS OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSES' SCARRY STRICTURES

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

© Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Гуламов О. М., Цой А. О., Омонов Р. Р., Мирзакулов А. Г.

Данная статья посвящена одной из актуальных проблем реконструктивной хирургии пищевода — рубцовым сужениям пищеводных анастомозов. Частота рубцовых стриктур колеблется от 10 до 45 % и является наиболее сложной и дискуссионной проблемой. В статье представлены результаты миниинвазивных методов лечения больных с данной патологией. Проанализированы результаты различных методов хирургической коррекции стриктур, а также представлена собственная методика реконструкции рубцовых стриктур пищеводных анастомозов и ее ближайшие результаты.

**Ключевые слова:** рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов, реконструкция анастомозов.

The article is devoted to one of the actual problems of esophageal reconstructive surgery — esophageal anastomoses' scarry strictures. Scarry strictures rate varies from 10 to 45 % and represents one of complex and considerable problem. Results of mini-invasive methods of treatment of patients with this pathology are presented in the article. Results of different methods of strictures surgical correction are analyzed and our method of esophageal anastomoses' scarry strictures reconstruction and its, nearest results are presented.

**Key words:** scarry strictures of esophageal anastomoses, reconstruction of anastomoses.

УДК 616.329—003.92-007.271-089.96:001.89

Благодаря значительным успехам современных медицинских технологий, реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода, начинавшаяся с трудоемких многоэтапных операций и достигшая совершенства в выполнении сложных одномоментных вмешательств, сделала большой шаг вперед. Однако все это привело к неизбежному увеличению так называемых «болезней оперированного пищевода» (БОП), частота развития которых не имеет тенденции к уменьшению и напрямую зависит от качества выполненного первоначального вмешательства [1, 4]. В связи с этим с каждым годом все более совершенствуются отдельные хирургические «приемы» с целью улучшения отдаленных результатов одномоментной эзофагопластики. При этом в структуре БОП частота его рубцовых стриктур колеблется от 10 до 45 %, т. е. занимает ведущее место и представляется наиболее сложной и дискуссионной проблемой [2, 3, 7].

Причины развития рубцовых сужений пищеводных анастомозов разнообразны, но все же ведущей остается возникновение недостаточности

соустья в раннем послеоперационном периоде. Рубцовые сужения пищеводных анастомозов, по данным различных авторов, развиваются в первые 6–9 месяцев после выполненной пластики пищевода. По данным Э. Н. Ванцяна, Р. А. Тошаква (1971), стриктура проксимального анастомоза после эзофагопластики развивается примерно у 15 % больных, составляющих половину всех пациентов с БОП [1, 7].

Интересным и объективным является мнение, что все пищеводные анастомозы сужаются в различные сроки после пластики пищевода и поэтому на первый план выходит функциональное состояние анастомоза, так как нередки случаи, когда по данным комплексного обследования имеется выраженное сужение пищеводного анастомоза, а клинически пациенты дисфагии не отмечают, и наоборот. Следовательно, с клинической точки зрения, диагноз стриктуры анастомоза актуален только при наличии у больного дисфагии. В случае его установления конкурируют два критерия — субъективный клинический (дисфагия) и объективный

эндоскопический (диаметр анастомоза) [5, 6]. На основании перечисленного, в качестве клинической целесообразно применять современную эндоскопическую классификацию рубцового стеноза пищевода (глочного) соустья с трансплантатом, предложенную Ю. И. Галлингером и Э. А. Годжелло [1, 2].

До сих пор остаются нерешенными и дискуссионными вопросы, касающиеся выбора оптимальной тактики лечения данного контингента пациентов. В большинстве случаев удается улучшить проходимость анастомоза с помощью бужирования и дилатации, однако все же остается категория пациентов, у которых выполнение инструментальных методов лечения неэффективно или же невозможно.

В таких случаях приходится прибегать к так называемым реконструктивным операциям. Несомненным остается тот факт, что выполнение повторных реконструктивных операций на пищеводных анастомозах (ПА) после восстановительных операций является не менее сложным разделом пищеводной хирургии, чем сама пластика пищевода [8].

Цель: Изучить характер и результаты повторных реконструктивных хирургических вмешательств у больных с рубцовыми сужениями пищеводных анастомозов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 1991 по 2009 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ имени академика В. Вахидова находилось на стационарном обследовании и лечении 52 пациента с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов. Данные пациенты поступали после реконструктивно-

восстановительных операций по поводу различных заболеваний пищевода, выполненных в нашей клинике и в других стационарах.

Всем 52 пациентам было проведено комплексное обследование, включавшее в себя эндоскопию (рис. 1) и рентгенконтрастное исследование (рис. 2), что было достаточным для установления диагноза.

По степени рубцовой стриктуры анастомоза пациенты были распределены согласно современной эндоскопической классификации Ю. И. Галлингера и Э. А. Годжелло (2002):

I степень — диаметр соустья составляет 9–11 мм (через стриктуру проходит среднекалиберный гастроинтестинальный эндоскоп) — 20 (38,5 %) пациентов;

II степень — просвет анастомоза составляет 6–8 мм (проходит бронхофиброскоп диаметром 5,5–7 мм) — 26 (50 %) пациентов;

III степень — диаметр соустья составляет 3–5 мм (проходит ультратонкий эндоскоп диаметром 2,4–2,8 мм, а если он не применяется, то просвет сужения оценивается по диаметру струны или катетера) — 4 (7,6 %) пациентов;

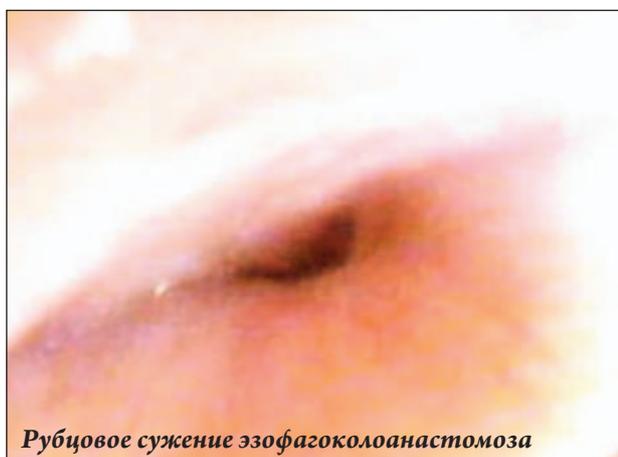
IV степень — просвет сужения составляет 1–2 мм или вовсе отсутствует (ниже зоны сужения удается провести только направляющую струну, за исключением случае полной облитерации анастомоза) — 2 (3,8 %) пациентов.

Степень дисфагии пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода определяли согласно классификации А. А. Чернявского (1991):

I степень — затруднение прохождения только твердой пищи: 20 пациентов;

II степень — затруднение прохождения твердой и густой пищи: 26 пациентов;

III степень — затруднение прохождения даже жидкой пищи: 2 пациента;



*Рубцовое сужение эзофагоколоанастомоза*



*Рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза*

**Рис. 1.** Эндоскопическая картина рубцового сужения пищеводных анастомозов



**Рис. 2.** Рентгенологическая картина рубцовых сужений пищеводных анастомозов

IV степень — полная непроходимость любой пищи: 2 пациента.

У 2 пациентов при поступлении жалоб на дисфагию не отмечалось. Таким образом, имеется некоторое несоответствие между диаметром сужения и степенью выраженности дисфагии, в связи с чем мы согласны с мнением Ю. И. Галлингера и Э. А. Годжелло (2002), которые считают, что диагноз стриктуры анастомоза актуален только при наличии у больного дисфагии.

Распределение 52 пациентов с РСПА по методам проведенного лечения было следующим: эндоскопическое бужирование сменными

металлическими оливами у 3 пациентов; эндоскопическая диатермотуннелизация у 5; бужирование по струне-проводнику у 25; гидробаллонная дилатация у 3 и реконструктивные операции на шейном анастомозе у 16 пациентов.

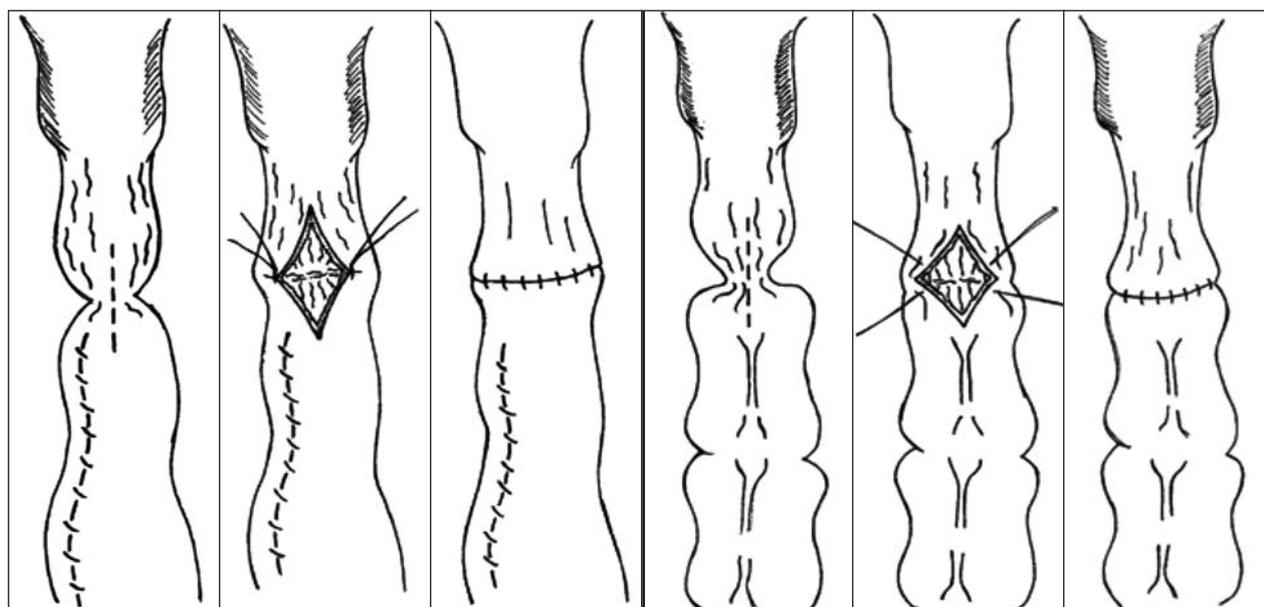
В данном научном исследовании проанализированы характер, особенности и результаты 16 повторных реконструктивных вмешательств у пациентов с рубцовыми сужениями шейных пищеводных анастомозов.

Характер выполненных первичных вмешательств у данной категории больных в зависимости от патологии пищевода представлен в таблице.

Таблица

**Распределение больных с РСПА по характеру заболеваний и выполненным восстановительным операциям**

	Экстирпация пищевода с гастропластикой	Экстирпация пищевода с колопластикой	Шунтирующая колопластика	Шунтирующая еюнопластика
ПРСП (n = 26)	1	1	21	3
Рак (n = 22)	20	–	2	–
СРЭ (n = 2)	2	–	–	–
Ахалазия (n = 1)	1	–	–	–
Травма (n = 1)	–	1	–	–
<b>ИТОГО</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>3</b>



Реконструкция эзофагогастроанастомоза

Реконструкция эзофагоколоанастомоза

Рис. 3. Схема реконструкции РСПА по типу операции 3/4

Из данных таблицы видно, что большинство пациентов оперированы по поводу ПРСП ( $n = 26$ ), при этом в 21 случаях выполнена шунтирующая колоэзофагопластика, в двух — экстирпация пищевода, в трех случаях — тонкокишечная эзофагопластика.

По поводу рака пищевода оперировано 22 пациента, 20 пациентам выполнена экстирпация пищевода с гастропластикой, двум — шунтирующая эзофагоколопластика. По поводу ахалазии кардии одной пациентке выполнена экстирпация пищевода с гастропластикой. По поводу стенозирующего рефлюкс-эзофагита 2 пациентам выполнена экстирпация пищевода с гастропластикой.

Таким образом, из 16 пациентов с РСПА у 3 отмечено сужение эзофагоэнтероанастомоза (ЭзЭА), у 2 — эзофагогастроанастомоза (ЭзГА) и у 11 — эзофагоколоанастомоза (ЭзКА).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Необходимо отметить, что повторные реконструктивные операции отличаются сложностью, и к ним прибегают только в исключительных случаях при невозможности других методов лечения. Причем до сих пор не существует какой-либо одной методики вмешательства, так как нередко вариант операции подбирается строго индивидуально в зависимости от интраоперационной находки,

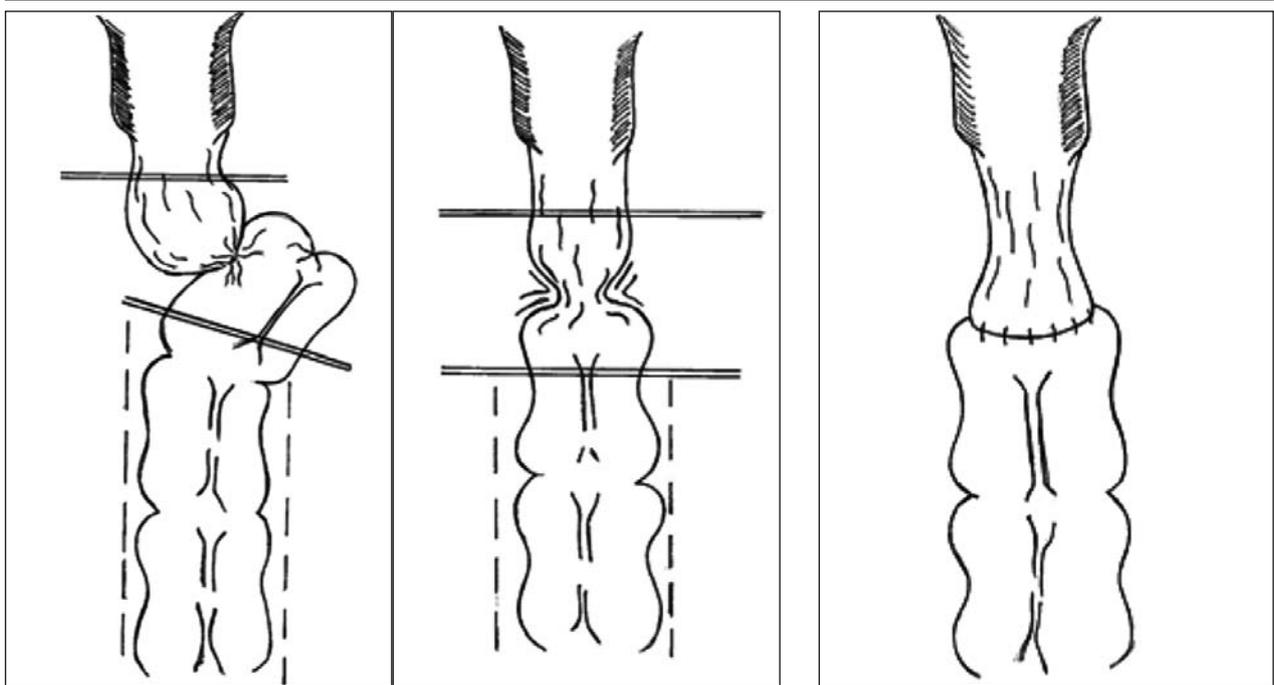
что обуславливает разнообразие реконструктивных вмешательств.

Реконструкция анастомоза по типу Ниссена (операция  $\frac{3}{4}$ ) заключается в продольном рассечении передней стенки суженного сегмента соустья с поперечным сшиванием, что позволяет расширить просвет пищевода анастомоза. Данный способ реконструкции остается наиболее распространенным при непротяженных сужениях пищеводных анастомозов независимо от того, какой трансплантат сформирован. Операция  $\frac{3}{4}$  выполнена у 9 пациентов (схема представлена на рис. 3).

Резекция анастомоза с наложением нового соустья по типу «конец-в-конец» выполнена у 2 пациентов. Данный способ технически является более сложным, так как требует дополнительной мобилизации как культи пищевода, так и трансплантата, однако при протяженных сужениях считается более рациональным. Схема резекции пищевода анастомоза с формированием нового соустья представлена на рис. 4.

Из-за особенностей тонкокишечной эзофагопластики (извитость петель, короткая брыжейка, подкожный путь проведения трансплантата) сужение пищеводно-тонкокишечного трансплантата представляет наибольшие сложности. В связи с этим 2 пациентам выполнено удаление трансплантата с шунтирующей колоэзофагопластикой.

В послеоперационном периоде у одной пациентки развилось нагноение раны на шее и у шести — недостаточность анастомоза. Такой



Варианты резекции пищевода анастомоза

Окончательный вид вновь сформированного пищевода анастомоза

Рис. 4. Схема реконструкции РСПА по типу операции 3/4

достаточно большой (46,1%) процент недостаточности можно объяснить сложностью повторных вмешательств, наличием периэзофагита и рубцового процесса вокруг анастомоза, что требует дополнительной мобилизации культи пищевода и проксимальной части трансплантата, что нередко ведет к нарушению кровоснабжения

и натяжению швов анастомоза. Кроме этого, у 2 пациентов после шунтирующей колоэзофагопластики развилось сужение анастомоза и им выполнена реконструкция пищевода анастомоза по типу операции 3/4. Несмотря на это, наступил повторный рецидив РСПА, что вновь потребовало хирургической коррекции.

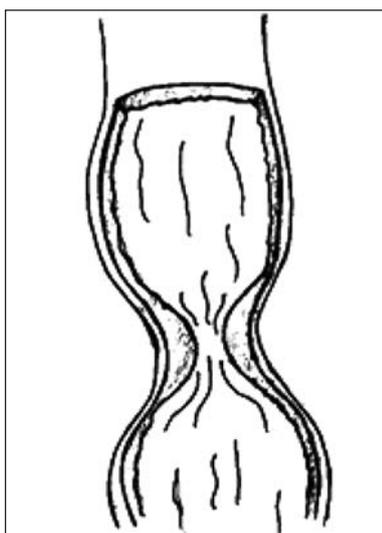
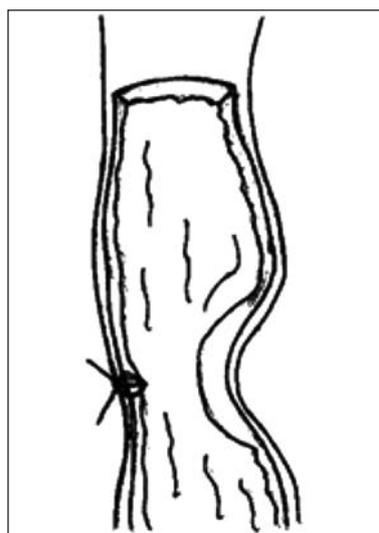
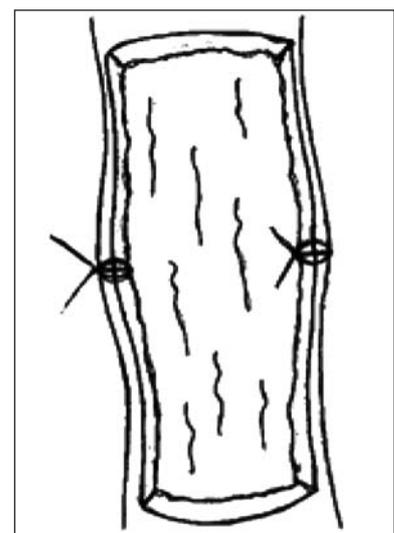


Схема сужения пищевода анастомоза



Окончательный вид реконструкции по типу 3/4 — сохраняется деформация задней стенки анастомоза



Окончательный вид «на разрезе» предлагаемой реконструкции пищевода анастомоза

Рис. 5. Схема реконструкции РСПА по типу операции 3/4

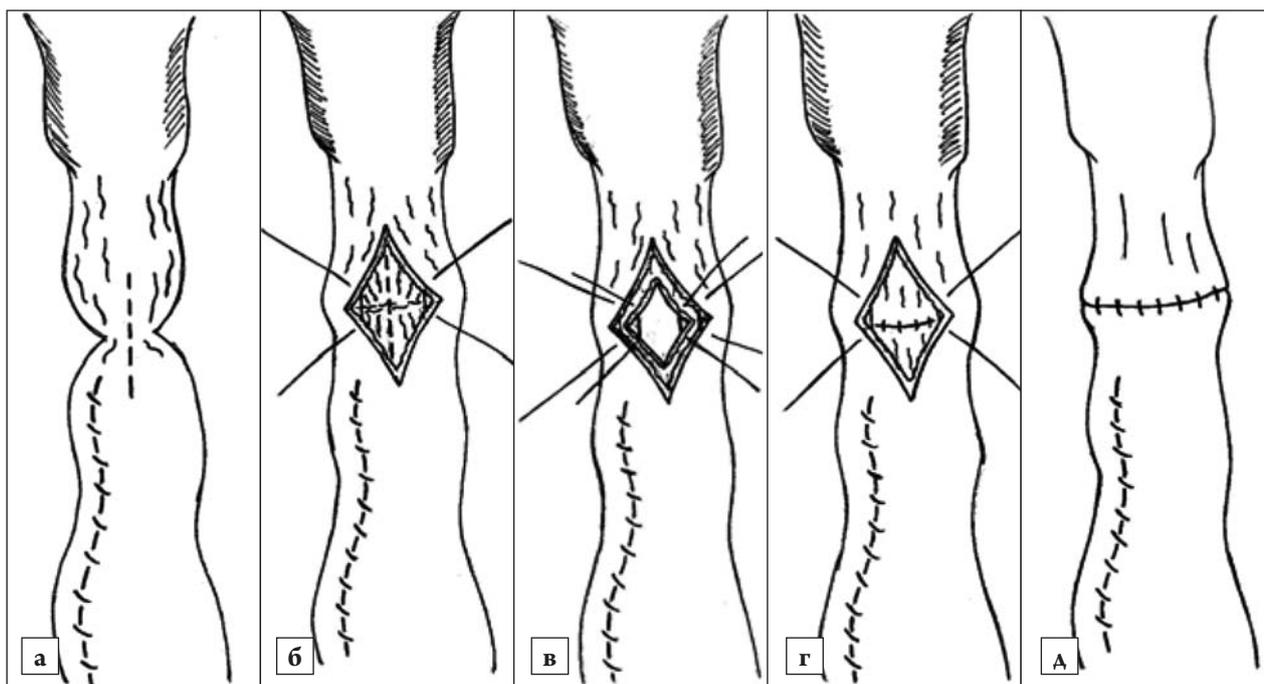


Рис. 6. Схема реконструкции РСПА в модификации отделения

При классической операции типа  $\frac{3}{4}$  выполняется коррекция только передней стенки суженного анастомоза, что достаточно для увеличения просвета соустья, однако сохраняется деформация задней стенки, что приводит в отдаленном периоде к рецидиву сужения (рис. 5).

С целью улучшения отдаленных результатов хирургических вмешательств нами разработана и внедрена в клиническую практику собственная методика реконструкции РСПА, представленная на рис. 6.

Идеей предлагаемой методики является коррекция как передней, так и задней стенки соустья с использованием прецизионной техники. Суть предлагаемой операции заключается в продольном рассечении передней стенки анастомоза с иссечением рубцовых тканей (рис. 6 а, б), затем продольно рассекается задняя стенка суженного соустья без вскрытия просвета (рис. 6 в) с поперечным ушиванием слизисто-подслизистого слоя (рис. 6 г). Операция завершается поперечным сшиванием передней стенки пищевого анастомоза (рис. 6 д). Данная операция выполнена у

3 пациентов (у двух при сужении ЭЗКА и у одного со стриктурой ЭЗГА).

В послеоперационном периоде осложнений у этих пациентов не было. Пациенты свободно принимают жидкую и густую пищу. В отдаленном периоде (более 2 лет) обследованы все 3 пациента, при этом клинически и по данным комплексного обследования признаков рецидива анастомоза не выявлено.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РСПА являются наиболее частыми причинами неудовлетворительных результатов эзофагопластики. Тактика лечения пациентов с РСПА должна быть индивидуальной, при этом инструментальные методы являются приоритетными.

Повторные реконструктивные операции при РСПА являются одними из наиболее сложных вмешательств в реконструктивной хирургии пищевода, к которым необходимо прибегать только в случае неэффективности или невозможности мини-инвазивных методов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю. И., Годжелло Э. А. Оперативная эндоскопия пищевода. — М.: Российский научный центр хирургии РАМН, 1999. — 273 с.
2. Годжелло Э. А. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 260 с.

3. Зубарев П. Н., Ждачвадзе Д. К., Синенченко Г. И., Ивануса С. Я. Состояние желудочного трансплантата после операций по поводу рака пищевода и кардии // Актуальные вопросы хирургии пищевода: Сб. работ и тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. 20–25 октября 2002 г. — СПб., 2002. — С. 41–45.
4. Рубайлов Ю. А., Калинин А. Н., Шабес С. А., Саутенко А. И. Отдаленные результаты эзофагопластики из илеоколон // Пластика пищевода: Тез. Всесоюз. симпоз. 2–3 дек. 1991 г. — М.: ВНЦХ АМН СССР, 1991. — С. 59–60.
5. Черноусов А. Ф., Андрианов В. А., Зенгер В. Г., Воронов М. Е. Пластика пищевода толстой кишкой. — М.: ИздАТ, 1999. — 176 с.
6. Черноусов А. Ф., Корчак А. М., Тер-Аветикян З. А. Повторная эзофагопластика в восстановительной хирургии пищевода // Хирургия. — 1987. — № 1. — С. 36–41.
7. Fiirst H., Htittl T.P., Lohe F., Schildberg F. W. German experience with colon interposition grafting as an esophageal substitute // Dis. Esoph. — 2001. — Vol. 14. — P. 131–134.
8. Han Y., Cheng Q., Li X., Wang X. Surgical management of esophageal strictures after caustic burns: A 30 years of experience // World J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 19, № 10. — P. 237–246.

Поступила в редакцию 15.12.2010 г.

Утверждена к печати 8.02.2011 г.

**Авторы:**

**Низамходжаев Зайниддин Махаматович** — доктор медицинских наук, руководитель отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова, профессор кафедры хирургии с курсом детской хирургии Ташкентского института усовершенствования врачей.

**Лигай Руслан Ефимович** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова.

**Гуламов Олимжон Мирзахидович** — кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова.

**Цой Алексей Олегович** — аспирант III года обучения Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова.

**Омонов Расул Рахманович** — врач-ординатор отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В. Вахидова.

**Мирзакулов Акмаль** — резидент магистратуры III обучения Ташкентской медицинской академии.

**Контактное лицо:**

**Лигай Руслан Ефимович**

Адрес: 100016, Ташкент, Хамзинский район, ул. Элбек, 28-1

Телефон: +998-71-296-71-69 (домашний)

+998-90-348-64-57 (сотовый)

e-mail: docligay73@rambler.ru

На страницах журнала предполагается размещение рекламы о медицинских и оздоровительных организациях и учреждениях, информации о новых лекарственных препаратах, изделиях медицинской техники, продуктах здорового питания.

Приглашаем разместить информацию о деятельности вашего учреждения в виде научной статьи, доклада или в форме рекламы. Статьи научного характера размещаются на страницах журнала бесплатно, авторский гонорар не выплачивается.

**Тарифы на размещение рекламного материала:**

Площадь на полосе	Черно-белая печать, руб.	Полноцветная печать, руб.
1/1 210×280 мм (А4)	5000	10000
1/2	2500	5000
1/4	1000	2000
1/8	700	1000
1/16	500	700
Текстовая реклама	50 руб. за 1 см <sup>2</sup>	