

УДК 616.329+616.334]-001.17-003.92-007.271-089.844



Р. І. Верещако

Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОЙ ПОСЛЕОЖГОВОЙ РУБЦОВОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПИЩЕВОДА И ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Представлен случай лечения пациентки с послеожоговой рубцовой облитерацией верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода в сочетании с субкомпенсированным рубцовым стенозом выходного отдела желудка. Описан вариант восстановления функции желудка на первом этапе лечения с последующим вмешательством (пластика) на пищеводе (второй этап). Осложнений не было. Функция восстановленных органов (пищевод и желудок) в отдаленный период хорошая.

■

Ключевые слова: ожог, рубцовый стеноз, пищевод, желудок.

По данным литературы, частота сочетанных послеожоговых стриктур пищевода составляет в среднем 53 % [4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 17].

Наличие двух и более уровней стенозирования верхних отделов пищеварительного канала, особенности развития патологического процесса у конкретного пациента в сочетании с нарушением алиментарного статуса требуют индивидуального подхода к выбору и последовательности лечебных мероприятий.

Задачами хирургического лечения этой группы больных являются: 1 — восстановление энтерального питания на первом этапе; 2 — восстановление полноценного энтерального питания *per os*.

Послеожоговые рубцовые изменения в желудке прогрессируют быстрее, чем в пищеводе [1, 2, 10], поэтому у ряда больных в первую очередь выполняют хирургическое вмешательство на желудке. Рубцовая послеожоговая облитерация пищевода в сочетании с субкомпенсированным стенозом привратника желудка требует восстановления физиологического пассажа пищи из желудка с одновременным созданием условий для выполнения эзофагопластики на втором этапе лечения.

Подходы к хирургическому устранению последствий сочетанного ожога пищевода и желудка существенно отличаются. Некоторые хирурги в

течение первых 3 мес после ожога проводят только дренирующие операции (гастроэнтероанастомоз, пилоропластика), дополняя их наложением гастростомы [3, 15, 17]. А. Chaundhary и соавт. [13] у 68 % пациентов с рубцовым стенозом желудка в срок до 3 мес после ожога накладывали еюностому, а в среднем через 7 мес выполняли реконструкцию желудка. Представители других хирургических школ при поражении желудка осуществляют его резекцию с одновременным наложением гастростомы для проведения энтерального питания и последующего бужирования пищевода «за нить» [7, 11, 12, 14, 16]. Использование правильной тактики лечения на каждом этапе позволяет сократить сроки лечения и достичь восстановления функции верхних отделов пищеварительного тракта.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка В., 60 лет, обратилась 18.03.2011 г. с жалобами на непроходимость пищевода для любой пищи и жидкости в течение 4 дней, значительную потерю массы тела (15 кг), слабость. Со слов пациентки, случайно выпила кислоту 16.02.2011 г. Прогрессирование дисфагии стало заметным за две недели до обращения. Выполнена эзофагография (рис. 1). Выявлена облитерация пищевода на уровне Th3.

Верещако Роман Иванович, д. мед. н., зав. кафедрой онкології
03115, м. Київ, вул. Верховинна, 69. КМКОЦ, кафедра онкології

© Р. І. Верещако, 2015

Фіброэзофагоскопія підтвердила рубцовий характер облітерації на відстані 10 см від входу в стравохід. Після короткої (в течение 3 сут) внутрішньої інфузійної терапії 22.03.2011 г. виконана лапаротомія. При ревізії виявлено субкомпенсований стеноз привратника шлунка. Проведена парціальна резекція пилорического відділу шлунка по Більрот-I, гастростомія по Кадеру, перев'язка *a. colica media* (рис. 2).

Послеопераційний період протікав без ускладнень. Налажено харчування через гастростому.

Патогістологічне висновок: в пилорическому відділі шлунка слизова оболонка з мелкоочаговими виразками і вираженим рубцевим процесом.

Перев'язка середньої ободочної артерії здійснюється завжди при плануванні субтотальної толстокишкової езофагопластики. Цей судин перетинають при викрайиванні толстокишкового трансплантата з харчуванням за рахунок *a. colica sinistra*. Передваральна його перев'язка дозволяє досягти збільшення калібру дуги Ріолана в строк 3—4 міс і значно зменшити ризик ішемії толстокишкового трансплантата при протяжній колоезофагопластиці.

18.04.2011 г. хворий був виписаний з рекомендацією явитися через 3 міс.

Хвору повторно госпіталізували 19.05.2014 г. Маса тіла хворої — 54 кг при рості 165 см. Харчування тільки через гастростому, оскільки стравохід непрохідний. Жалоби на гіперсалівацію.

Виконана контрольна фіброэзофагоскопія: рубцева облітерація стравоходу на відстані 10 см від входу в стравохід.

22.05.2014 г. виконана операція: внутрішньогрудна толстокишкова ізоперистальтична шунтуюча езофагопластика. Особливості операції: 1 — трансплантат викрайено з поперечно-ободочної кишки з перетинанням *a. colica dextra* і *a. colica media*, харчуючий судин — *a. colica sinistra*, 2 — рівень облітерації стравоходу — на 4 см вище *v. azugos*, 3 — накладено анастомоз трансплантата і стравоходу вище облітерації за типу «кінець в бок» і анастомоз трансплантата з передньою стінкою шлунка за типу «кінець в бок», 4 — збереження гастростоми, через яку проведений зонд в товщу кишки, що дозволяє налаштувати ентеральне харчування в перші доби після операції.

Послеопераційний період протікав без ускладнень. 02.06.2014 г. виконана езофагографія з водорозчинним контрастом: трансплантат заповнений контрастом, вільно проходить, стінки чіткі. Признаків «затікання» контраста за межі знову створеного стравоходу немає (рис. 3).

Начато харчування *per os*. 11.06.2014 г. хворий виписаний в задовільному стані. Гастростомічний катетер видалено через місяць. Це мінімальний строк збереження гастростоми на

случай порушення функції трансплантата або розвитку стенозу анастомозів. Після видалення катетера гастростома закрилася самостійно.

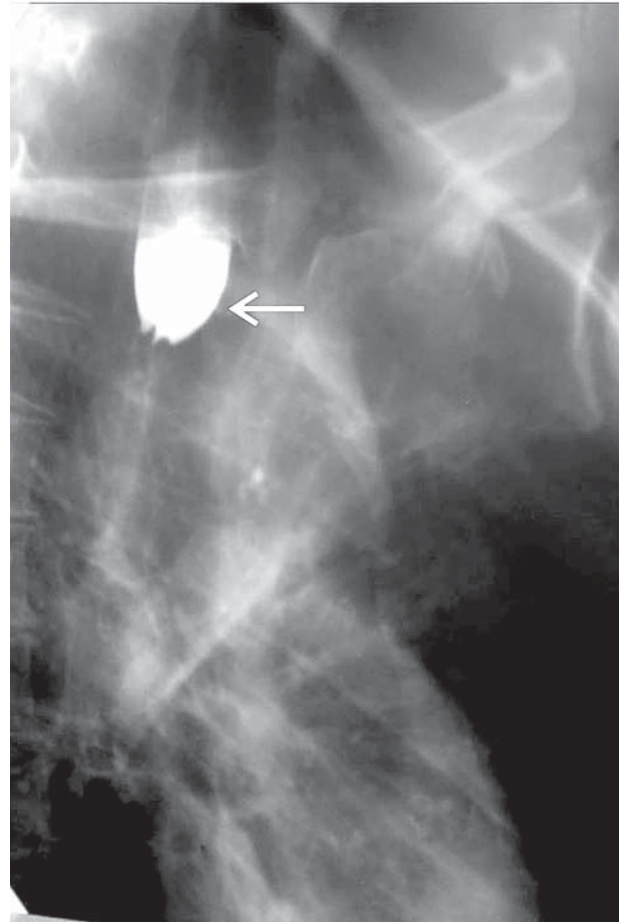


Рис. 1. Езофагографія. Облітерація стравоходу на рівні Th3 (вказано стрілкою)

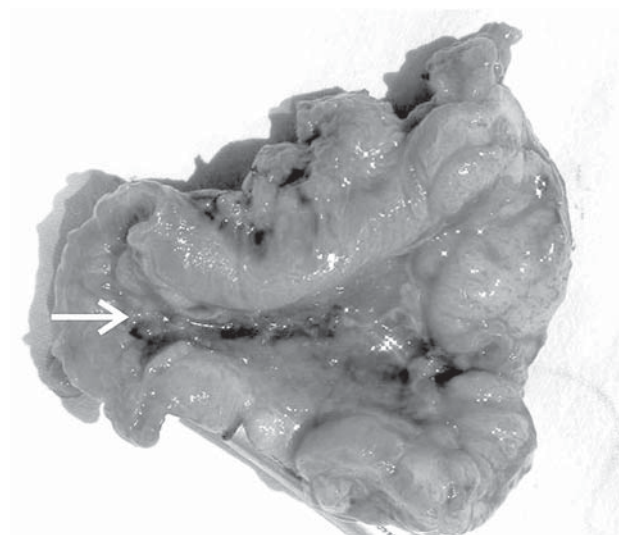


Рис. 2. Резецирований сегмент рубцово-зміненого вихідного відділу шлунка (стрілкою вказана зона стенозу)

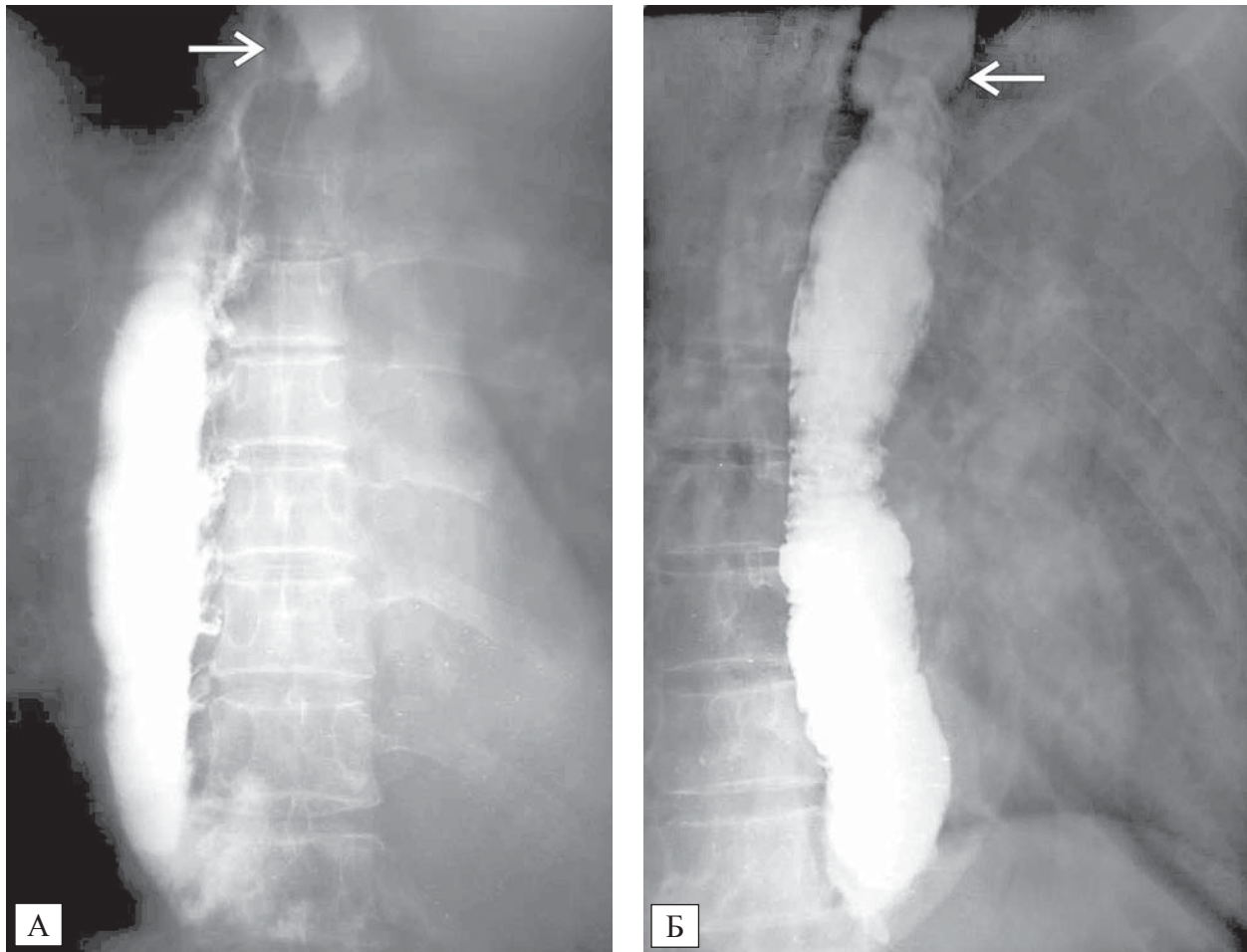


Рис. 3. Контрастирование искусственного (толстокишечного) пищевода: прямая (А) и боковая (Б) проекция. Уровень анастомоза с пищеводом указан стрелкой

ВЫВОДЫ

Если пациент госпитализирован с дефицитом массы тела и дисфагией III—IV степени, то после короткой дооперационной подготовки ему показаны лапаротомия, ревизия желудка, наложение гастростомы по Кадеру, подготовка сегмента толстой кишки для трансплантации (перевязка сосудов, которые будут пересекаться в случае выкраивания кишечного трансплантата).

При декомпенсированном и субкомпенсированном стенозах антрального и пилорического

отделов желудка показана парциальная резекция последнего по типу Бильрот-I, при интактном привратнике возможна сегментарная резекция с гастрогastroанастомозом.

Реконструкция желудка в сочетании с гастростомией позволяют в короткий срок восстановить алиментарный статус пациента, в динамике оценить состояние пищевода и возможность восстановления его просвета консервативными методами.

При рубцовой облитерации пищевода показана толстокишечная эзофагопластика.

Литература

1. Абакумов М. М., Погодина А. Н., Ильницкая Т. И., Сапожникова М. А. Диагностика и лечение сочетанных рубцовых сужений пищевода и желудка в течение первого года после химической травмы: Метод. рекомендации. — М., 1989. — 33 с.
2. Авилова О. М. // 13-й съезд хирургов УССР. — К., 1978. — С. 95—98.
3. 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.
4. Бакиров А. А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. — 2001. — № 5. — С. 19—23.

5. Бойко В. В., Криворучко С. А., Савви С. А. и др. Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и выходного отдела желудка // Вестн. неотложн. и восстанов. мед. — 2002. — № 2. — С. 187—189.
6. Волобуев Н. Н., Белоконов А. Ю., Борисенко В. А., Гусаров В. Г. Опыт хирургического лечения больных с послеожоговым рубцовым стенозом желудка // Клин. хирург. — 2002. — № 1. — С. 20—22.
7. Задорожный А. А., Красильникова М. А., Байдала П. Г. Исходы хирургического лечения химических ожогов пищевода и желудка // Вест. хирург. им. И. И. Грекова. — 1988. — Т. 147, № 7. — С. 26—29.
8. Мумладзе Р. Б. Хирургическое лечение комбинированных рубцовых сужений глотки, пищевода и желудка после химических ожогов // Клин. хирург. — 1988. — № 10. — С. 48—50.
9. Павлюк А. Д., Бабляк Д. Е., Дубчук В. М. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка // Грудн. и серд.-сосуд. хирург. — 1994. — № 2. — С. 50—54.
10. Ратнер Г. Л., Белоконов В. И. Ожоги пищевода и их последствия. — М.: Медицина, 1982. — 160 с.
11. Черноусов А. Ф., Янгиев А., Домрачев С. А. Выбор метода операции на желудке в комплексном лечении ожога пищевода и желудка // Грудная хирургия. — 1990. — № 3. — С. 48—52.
12. Agarwal S., Sikora S. S., Kumar A. et al. Surgical management of corrosive strictures of stomach // Ind. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 23, N 5. — P. 178—80.
13. Chaudhary A., Puri A. S., Dhar P. et al. Elective surgery for corrosive-induced gastric injury // World J. Surg. — 1996. — Vol. 20, N 6. — P. 703—706.
14. Ciftci A. O., Senocak M. E., Buyukpamukcu N., Hicsonmez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: incidence and outcome // Pediatr. Surg. Int. — 1999. — Vol. 15, N 2. — P. 88—91.
15. Hsu C. P., Chen C. Y., Hsu N. Y., Hsia J. Y. Surgical treatment and its long-term result for caustic-induced prepyloric obstruction // Eur. J. Surg. — 1997. — Vol. 163, N 4. — P. 275—279.
16. Latteri S., Consoli A., Mosca F., Stracqualursi A. Current trends in the surgical treatment of lesions caused by caustic ingestion // Chir. Ital. — 1999. — Vol. 51, N 2. — P. 99—108.
17. Ozcan C., Ergun O., Sen T., Mutaf O. Gastric outlet obstruction secondary to acid ingestion in children // J. Pediatr. Surg. — 2004. — Vol. 39, N 11. — P. 1651—1653.

Р. І. Верещако

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ ПОЄДНАНОЇ ПІСЛЯОПІКОВОЇ РУБЦЕВОЇ ОБЛІТЕРАЦІЇ СТРАВОХОДУ ТА ВИХІДНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

Представлено випадок лікування пацієнтки з післяопіковою рубцевою облітерацією верхньогрудного та середньогрудного відділів стравоходу в поєднанні із субкомпенсованим рубцевим стенозом вихідного відділу шлунка. Описано варіант відновлення функції шлунка на першому етапі лікування з наступним втручанням (пластика) на стравоході (другий етап). Ускладнень не було. Функція відновлених органів (стравохід і шлунок) у віддалений період добра.

Ключові слова: опік, рубцевий стеноз, стравохід, шлунок.

R. I. Vereshchako

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF COMBINED ESOPHAGEAL AND STOMACH POSTBURN CICATRICASCAR STENOSIS

The treatment case of post patients with scar obliteration of the upper and medium thoracic oesophageal part in combination with subcompensated cicatricial stenosis of the stomach output is submitted. Recovery option of gastric function in the first treatment stage, followed by surgery (plastic) on the oesophagus (the second stage) is described. Complications were not. The function of restored organs (oesophagus and stomach) in the remote period was good.

Key words: burn, cicatricial stenosis, oesophagus, stomach.