



Раджив Кумар Соходеб

Харьковский национальный
медицинский университет

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
АМН Украины», г. Харьков

© Раджив Кумар Соходеб

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Резюме. Представлены результаты обследования и лечения 62 больных, получавших лечение по поводу сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка в отделении заболеваний пищевода и желудочно-кишечного тракта ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» в 1990—2009 гг. Всего за это период проведено лечение 197 больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. В изучаемую группу вошли 31,5 % больных с послеожоговыми стриктурами пищевода. Послеожоговые сужения пищевода и желудка чаще встречались у лиц молодого возраста — средний возраст 42,1 года и преимущественно у мужчин — 56 (90,3 %) больных. Мужчины работоспособного возраста до 60 лет составили 87,1 % от числа всех больных, женщины — 9,7 %, но они все были работоспособного возраста.

Ключевые слова: сочетанные послеожоговые стриктуры пищевода и желудка, хирургическое лечение; операции, дренирующие желудок, гастростома.

Введение

Послеожоговые рубцовые стриктуры являются самой частой патологией пищевода, составляя не менее 70 % его доброкачественных стенозов [2]. Они развиваются у 33—74 % больных, перенесших химический ожог пищевода [1]. При этом часто наблюдаются сочетанные рубцовые стриктуры пищевода, глотки, желудка и двенадцатиперстной кишки. Сочетание послеожоговых стриктур пищевода и глотки отмечается примерно в 7—10 % случаев [5]. Рубцовый стеноз двенадцатиперстной кишки наблюдается у 1—2 % больных [3, 7]. Одновременное рубцовое сужение пищевода и желудка, по данным авторов, располагающих наибольшим количеством наблюдений, выявляется у 24—42 % больных с послеожоговыми стриктурами пищевода [4]. Трудности при лечении сочетанных рубцовых стриктур пищевода и желудка, возникших в результате химического ожога, определяются рядом факторов: нестандартной хирургической тактикой, технической сложностью операций и, как правило, тяжелым общим состоянием больных [6]. При сочетании рубцового поражения пищевода и желудка возникает вопрос об очередности вмешательств по восстановлению пассажа через стенозированные участки пищеварительного тракта. Большинство авторов отмечают более раннее формирование стеноза желудка при сочетанном поражении и предпочитают первоначально выполнять вмешательства, направленные на восстановление пассажа из желудка [2]. При выборе способа операций, восстанавливающих пассаж из желудка, авторы в основном ориентируются на протяженность поражения желудка и стараются создать достаточный просвет в зоне его дренирования.

Материалы и методы

В основу исследования легли результаты обследования и лечения 62 больных, получавших лечение по поводу сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка в отделении заболеваний пищевода и желудочно-кишечного тракта ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» с 1990 по 2009 г. Всего за этот период проведено лечение 197 больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. В изучаемую группу вошли 31,5 % больных с послеожоговыми стриктурами пищевода. За последние годы отмечен рост числа таких больных. С 2006 по 2009 г. включительно в отделении заболеваний пищевода и желудочно-кишечного тракта проходили лечение 38 больных с химическими ожогами верхних отделов пищеварительного тракта, более чем у половины из них (20 (52,6 %)) имелось сочетанное поражение пищевода и желудка. Данные пациенты составили основную группу, в которой реализовывалась предложенная хирургическая тактика. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

В соответствии с данными, приведенными в таблице, сочетанные послеожоговые сужения пищевода и желудка чаще встречаются у лиц молодого возраста — средний возраст 42,1 года и преимущественно у мужчин — 56 (90,3 %) больных. Мужчины работоспособного возраста до 60 лет составляют 87,1 % от числа всех больных. Женщины составили всего лишь 9,7 % (6) от общего числа больных, но они все были работоспособного возраста.

В 6 (9,6 %) случаях причиной ожога является прием фальсифицированных алкогольных напитков. В 8 (12,9 %) случаях причиной приема хими-



ческого агента был суицид. Характер принятой внутрь агрессивной жидкости не удалось определить у 8 (12,9%) больных. Сочетанное поражение пищевода и желудка чаще было результатом ожога минеральными кислотами — 20 (32,3%) случаев. За последние два года возросло число ожогов органическими основаниями, которые чаще приводят к сочетанному поражению желудка и пищевода. С момента ожога пищевода и желудка химическими агентами до обращения за специализированной помощью проходило 1—14 месяцев. У большинства женщин причиной ожога был суицид (5 (83,3%) пациенток), а химическим агентом была уксусная кислота.

По локализации, протяженности поражения желудка и вовлечения в процесс привратника мы разделили больных на три группы (табл. 3).

Наиболее часто отмечено поражение пилорического отдела желудка и сочетанного с ним поражение нижнегрудного отдела пищевода 20 (32,3%) больных. Реже всего встречалось тотальное и субтотальное поражение желудка — 3 (4,8%) боль-

ных. Поражение пилорического отдела желудка наблюдалось у 56 (90,3%) больных, вероятнее всего это объяснялось тем, что химическое вещество более продолжительное время находилось в антральном отделе желудка из-за, с одной стороны, рефлекторного спазма привратника, а с другой — запоздалого оказания медицинской помощи. Это способствовало более глубокому поражению выходного отдела желудка и более раннему развитию его стеноза.

Учитывая, что развитие рубцовых изменений в желудке происходит значительно раньше, чем в пищеводе (в первые 2—4 недели), а застой пищи в желудке усиливает гастроэзофагеальный рефлюкс, способствует возникновению язвенного эзофагита и прогрессированию рубцового процесса в пищеводе, первым этапом выполняли операции, направленные на восстановления пассажа пищи из желудка.

Операции, проводимые у больных с сочетанными стриктурами пищевода и желудка в несколько этапов, позволяют снизить риск вмешательства.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол, абс. %		Возраст больных (абс. %), годы						Всего
Муж.	Жен.	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	
56	6	3	17	22	12	6	2	
90,3%	9,7%	4,8%	27,4%	35,5	21%	9,7%	3,2%	62

Таблица 2

Распределение больных по характеру принятого химического вещества

Химическое вещество	Распределение по полу				Общее число больных	
	Муж.		Жен.			
	абс	%	абс	%	абс	%
Органические кислоты	9	14,6	5	8	14	22,6
Минеральная кислоты	20	32,3	—	—	20	32,3
Щелочи	7	11,3	—	—	7	11,3
Органические основания	7	11,3	—	—	7	11,3
Суррогаты алкоголя	6	9,6	—	—	6	9,6
Неизвестная жидкость	7	11,3	1	1,6	8	12,9
Итого	56	90,3	6	9,7	62	100

Таблица 3

Варианты сочетанного поражения пищевода и желудка

Локализация стриктуры желудка	Уровень поражения грудного отдела пищевода								Итого	
	Нижняя треть		Средняя треть		Верхняя треть		Протяженное поражение			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Тотальное и субтотальное поражения желудка	2	3,2					1	1,6	3	4,8
Без поражения пилорического отдела	2	3,2	1	1,6					3	4,8
Пилорический отдел	20	32,3	19	30,7	8	12,9	9	14,5	56	90,3
Всего	24	38,7	20	32,3	8	12,9	10	16,1	62	100

На первом этапе решается ряд задач: восстановление пассажа из желудка; создание возможности энтерального питания; создание условий для последующего восстановления проходимости пищевода путем его бужирования либо его пластики.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка путем усовершенствования методик оперативных вмешательств.

Результаты исследования и их обсуждение

При тотальном и субтотальном поражении желудка выполняли двойную гастроэнтеростомию по Ру с энтерогастростомой, а при невозможности — еюностомией. При локализации стриктуры в области привратника и/или антрального отдела желудка выполнялась пилоропластика, гастродуоденостомия или гастроэнтероанастомоз. Пилоропластика проводилась по Микуличу или Финнею. Гастроэнтероанастомоз формировался позадиободочный, антирефлюксный, с задней стенкой желудка по Витебскому. Иногда выполнялась дистальная резекция желудка. При рубцовом поражении тела желудка накладывался гастро-гастроанастомоз, резекция рубцово измененного отдела желудка или гастротомия с рассечением рубцов в продольном направлении и поперечным швом желудка.

Больным с тотальным и субтотальным поражениями желудка мы выполняли операцию двойной гастроэнтеростомии по Ру с энтерогастростомой (патент Украины № 41243). Доступ — верхнесрединная лапаротомия. В 10 см дистальнее связки Трейца пересекается тонкая кишка и формируется отключенная по Ру тонкая кишка, путем формирования анастомоза по типу «конец

в бок» (проксимальный конец пересеченной кишки в бок дистальному отрезку) на расстоянии 30 см от уровня пересечения кишки. В брыжейке поперечно-ободочной кишки формируется отверстие, в которое проводится отключенная по Ру тонкая кишка. Затем формируется антирефлюксный гастроэнтероанастомоз с задней стенкой желудка на границе его верхней и средней третей по типу «бок в бок». Терминальный конец отключенной кишки проводится через большой сальник вдоль большой кривизны желудка, при этом кишка распластана на желудке, для того чтобы исключить попадание пищи в кишку минуя желудок, затем формируется гастроэнтероанастомоз с передней стенкой желудка по типу бок в бок. Терминальный конец отключенной по Ру кишки выводится через отдельный параректальный разрез в левом подреберье, где формируется еюностома.

У больных с рубцовым поражением пилорического отдела желудка операцией выбора на первом этапе при данном поражении мы считаем позадиободочный антирефлюксный гастроэнтероанастомоз с задней стенкой желудка. В последующем части этих больных мы выполнили экстирпацию пищевода с формированием шейной и абдоминальной эзофагостомы. У больных из группы с ожоговым поражением привратника возможно использование операции экономной резекции рубцово измененного антрального отдела желудка с формированием стебельчатой гастростомы антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. В дальнейшем возможно удлинение стебля и выполнение эзофагогастропластики.

При локализации стриктуры в области привратника и (или) антрального отдела желудка

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от характера проводимого лечения

Операции	С гастростомой		Без гастростомы	
	Абс	%	абс	%
Гастро-энтероанастомоз позадиободочный	9	14,5	11	17,8
Гастро-энтероанастомоз впередиободочный	5	8,8	—	—
Пилоропластика	8	12,9	1	1,6
Гастро-гастростомия	—	—	2	3,2
Гастродуоденостомия	8	12,9	1	1,6
Резекция желудка по Б1	—	—	1	1,6
Резекция желудка по БП с концевой гастро (антрум)стомой	3	4,8	—	—
Продольная гастротомия с поперечным швом желудка	1	1,6	—	—
Еюностомия	2	3,2	—	—
Экстирпация пищевода с формированием абдоминальной и шейной эзофагостомы и гастроэнтероанастомоза	1	1,6	—	—
Двойная гастроэнтеростомия по Ру с энтерогастростомой	4	6,5	—	—
Резекция желудка типа Бильрот-II с формированием стебельчатой гастростомы	3	4,8	1	1,6
Интраоперационное бужирование привратника	1	1,6	—	—



выполнялась пилоропластика, гастродуоденостомия или гастроэнтероанастомоз. Пилоропластика проводилась по Микуличу 8 (12,9%) больным и лишь в одном случае — по Финнею. Анастомоз желудка с тонкой кишкой формировался позадиободочно на длинной брауновской петле с задней стенкой желудка 20 (32,3%) больным. Исключением явились 5 (8,1%) больных, которым данная операция была выполнена в других стационарах. В этих случаях анастомоз был сформирован с передней стенкой желудка. Формирование вперидиободочного гастроэнтероанастомоза затрудняло мобилизацию толстой кишки, формирование кологастроанастомоза при эзофагоколопластике значительно ограничивало подвижность желудка.

При наличии рубцового сужения в области тела желудка гастро-гастроанастомоз был выполнен 2 (3,2%) больным. Гастротомия с продольным рассечением рубцов и поперечным швом желудка — 1 (1,6%) больной.

Двоим (3,2%) больным с тотальным поражением желудка с рубцовой стриктурой ниже грудного (1 больной) и абдоминального сегмента (1 больной) пищевода была выполнена еюностомия. Одному из них спустя 4 месяца произведена чрезбрюшинная гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода и эзофагоеюнопластикой.

Троим (4,8%) пациентам была выполнена экономная резекция рубцовоизмененного антрального отдела желудка с позадиободочным гастроэнтероанастомозом с задней стенкой желудка и концевой гастро(антрум)стомой. Четверым (6,5%) больным была осуществлена двойная гастроэнтеростомия петель по Ру с формированием энтерогастростомы. Троим (4,8%) больным была выполнена резекция рубцовоизмененного отдела желудка по типу Бильрот II с формированием антиперистальтического стебля из большой кривизны. Одному больному одновременно была проведена экономная резекция рубцовоизмененного антрального отдела желудка по Бильрот II с формированием антиперистальтического стебля из большой кривизны и шунтирующая заградная эзофагогастропластика. Одному (1,6%) больному выполнена гастроэнтеростомия с одномоментной экстирпацией пищевода с абдоминальной и шейной эзофагостомией по разработанной в клинике методике.

При наличии дисфагии IV степени дополнительно формировалась питательная стома — 45 (72,6%) больным. В 39 (62,9%) случаях была выполнена гастротомия, в 2 (3,2%) — еюностомия, в 4 (6,5%) — энтерогастростомия. Наиболее функциональными и удобными для больных оказались энтерогастростомы. При этом было практически исключено подтекание желудочного содержимого, не возникала мацерация кожи, не требовалось постоянного нахождения катетера

в стомах и сохранялась возможность ретроградного бужирования пищевода. Это способствовало более успешной адаптации больного в обществе и их реабилитации. После последующей эзофагопластики еюногастростомы использовалась для питания с третьих суток и до момента, когда больному разрешали принимать пищу через рот. В последующем производилось закрытие еюногастростомы внебрюшинным методом — 1 (1,6%) больной. Абдоминальная эзофагостомы, которая формировалась с целью сохранения оставшейся после развития массивной стриктуры передней стенки желудка, что способствовало выполнению в дальнейшем пластики. Отсутствовало подтекание желудочного содержимого, а в связи с этим и мацерация кожи, не требовалось постоянного нахождения катетера для питания. При формировании гастростомы предпочтение отдавалось методике Штамм—Кадера — 32 (51,6%) больных. Стебельчатая гастростомы была сформирована у 3 (4,8%) больных, антиперистальтическая из большой кривизны желудка и выведена в виде стомы в правом подреберье для исключения сокращения стебля. В последующем одному из этих больных увеличили дополнительно длину стебля, провели экстирпацию грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Троим (4,8%) больным была сформирована концевая гастростомы, это позволило использовать ретроградное бужирование пищевода. Простота формирования и сохранение передней стенки желудка способствовали выполнению больному толстокишечной пластики с формированием переднего кологастроанастомоза.

У одного больного после гастростомии по Кадеру и позадиободочной гастроэнтеростомии на длинной брауновской петле возникла несостоятельность гастростомы на 10-е сутки после операции. Больному выполнены ушивание гастростомического отверстия в желудке и реконструкция брауновского анастомоза в гастроэнтероанастомоз по Ру с энтерогастростомой. Умер один больной, который поступил по экстренным показаниям с дисфагией, кахексией. Ему были проведены позадиободочная гастроэнтеростомия и гастростомы по Кадеру. Больной умер в связи с острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

При оценке эффективности операций, дренирующих желудок, выявлено, что у больных с любой гастростомой и еюностомой наблюдается мацерация кожи. Демпинг-синдром преимущественно развивался у больных после резекции желудка.

Выводы

Дренирующие операции на желудке, выполняемые на первом этапе, позволяют восстановить энтеральное питание, не выключать желудок из процесса пищеварения. Эти операции, значительно уменьшая застой в желудке, позволяют снизить или устранить патологический гастроэзофагеаль-

ний рефлюкс, тем самым уменьшить или снизить явления эзофагита и, как следствие, частоту ранних рестенозов стриктур пищевода.

Применяемые в клинике операции позволяют снизить риск операционной травмы, физиологично восстанавливают пассаж пищи из желудка, адекватно обеспечивая процесс пищеварения, дают возможность на следующем этапе выполнять

буживание пищевода, в том числе и ретроградное, а также при необходимости в последующем его пластику. Это дает возможность оптимально подготовить больного к пластике пищевода. Разработанный в клинике способ хирургического лечения послеожоговых стриктур пищевода и желудка позволяет избежать осложнений в виде нарушения проходимости желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиров А.А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А.А.Бакиров // Вестник хирургии. — 2001. — Т. 160. — № 1. — С. 53—57.
2. Джафаров Ч.М. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой / Ч.М.Джафаров, А.Д.Гейбуллаев, Ю.Г.Гулиев // Пластика пищевода. — М., 1991. — С. 26—27.
3. Коваленко П.П. Восстановительная хирургия при послеожоговых стриктурах пищеварительного тракта / П.П.Коваленко // Вестник хирургии. — 1973. — № 2. — С. 119—125.
4. Кролевец И.П. Лечение больных с химическими ожогами пищевода и желудка / И.П.Кролевец, И.В.Максименко // Хирургия. — 1986. — № 11. — С. 80—85.
5. Pierre A.F. Technique and role of minimally invasive esophagectomy for premalignant and malignant diseases of the esophagus / A.F.Pierre, J.D.Luketich // Surg. Oncol. Clin. N. Am. — 2002. — Apr. 2. — P. 337—350.
6. Said A. Prediction of early recurrence of benign esophageal strictures / A.Said, D.J.Brust, E.A.Gaumnitz // Am. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98, № 6. — P. 1252—1256.
7. Young M.M. Esophageal reconstruction for benign disease: early morbidity, mortality, and functional results / M.M.Young, C.Deschamps, V.F.Trastek // Ann. Thorac. Surg. — 2000. — Vol. 70 (№ 5) — P. 1651—1655.

ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СПОЛУЧЕНИХ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА

Раджив Кумар Сохोдеб

Резюме. Подано результати обстеження і лікування 62 хворих, що отримували лікування з приводу сполучених післяопікових стриктур стравоходу і шлунка у відділенні захворювань стравоходу і шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України» в 1990—2009 рр. Усього за цей період проведено лікування 197 хворих із післяопіковими стриктурами стравоходу. До групи, що вивчалася, увійшли 31,5% хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу. Післяопікові звуження стравоходу і шлунка частіше трапляється в осіб молодого віку — середній вік 42,1 року і переважно у чоловіків — 56 (90,3%) хворих. Чоловіки працездатного віку до 60 років складають 87,1% від числа всіх хворих, жінки — 9,7% (6), але вони всі були працездатного віку.

Ключові слова: сполучені післяопікові стриктури стравоходу та шлунка, хірургічне лікування, операції, що дрениують шлунок, гастростома.

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED AFTERBURN STRICTURES OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH

Rajeev Kumar Sokhodeb

Summary. The results of examination and treatment of 62 patients who received treatment for combined afterburn strictures of the esophagus and stomach in the department of diseases of the esophagus and gastrointestinal tract PG Institute of General and Emergency Surgery, AMS of Ukraine in 1990—2009 years. Total for this period, the treatment of 197 patients with afterburn cicatricial strictures of the esophagus. The studied group comprised 31,5% of patients with afterburn strictures of the esophagus. Afterburn narrowing of the esophagus and stomach were more frequent in young patients — average age of 42,1 years and predominantly male — 56 (90,3%) patients. Men working under age 60 accounted for 87,1% of all patients, female — 9,7%, but they were of working age.

Key words: combined afterburn strictures of the esophagus and stomach, surgical treatment, surgery, operations draining the stomach, gastrostomy.