



В. В. Бойко, С.А. Савви,  
А. Ю. Бодрова,  
В. В. Жидецкий,  
Е. А. Новиков

ДУ «Інститут загальної  
та невідкладної хірургії  
ім. В. Т. Зайцева НАМН  
України», м. Харків

© Колектив авторів

## СПОСІБ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ З ПРОТЯЖНИМИ РУБЦЕВИМИ СТРИКТУРАМИ СТРАВОХОДУ

**Резюме.** Проведено вивчення результатів хірургічного лікування протяжних післяопікових рубцевих стриктур стравоходу у хворих, які перебували на лікуванні у 2010–2013 роках у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ» та аналіз отриманих даних. Впроваджено методику одномоментної езофагогастропластики з використанням трансхіатального доступу у хворих з даною патологією без кахексії.

**Ключові слова:** *протяжні післяопікові рубцеві стриктури стравоходу, трансхіатальний доступ, одномоментна езофагогастропластика.*

### Вступ

За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я відзначається стабільне збільшення кількості опіків верхнього відділу травного каналу, що прямо пов'язано з наявністю великої кількості порівняно доступних технічних і побутових агресивних рідин, що синтезовані у результаті науково-технічного прогресу людства [1, 7]. До 87 % потерпілих складають особи працездатного віку, 70–90 % з них одержують хімічну травму стравоходу випадково [2, 5].

Протяжні післяопікові рубцеві стриктури стравоходу на теперішній час розглядаються як не вирішене питання, що потребує подальшого більш глибокого вивчення для покращення ефективності лікування і якості життя хворих. Пов'язано це перш за все з великою кількістю хворих з даною патологією та складним, тривалим лікуванням цієї патології, а також частою необхідністю виконання тяжких реконструктивно-відновних операцій, що не виключають інвалідизацію пацієнтів. Тому тактика лікування таких хворих до останнього часу залишається складною та суперечливою.

### Матеріали та методи досліджень

Проведено вивчення результатів хірургічного лікування протяжних післяопікових рубцевих стриктур стравоходу у хворих, які перебували на лікуванні у 2010–2013 роках у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» та аналіз отриманих даних. Впроваджено методику одномоментної езофагогастропластики у хворих з даною патологією без кахексії. Хворі з тяжким та вкрай тяжким загальним станом і наявністю кахексії в даному дослідженні не бралися до уваги у зв'язку з необхідністю компенсації трофологічного статусу та неможливістю проведення

реконструктивного хірургічного втручання на даному етапі.

Всі хворі були обстежені за стандартною схемою, що включає: клініко-анамнестичне дослідження, основні клініко-лабораторні та біохімічні показники крові, коагулограму, показники імунограми та спеціальні методи дослідження: електрокардіографія, рентгенографія органів грудної порожнини та рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з використанням контрастної речовини, ультразвукова діагностика органів грудної та черевної порожнин, комп'ютерна томографія органів грудної та черевної порожнин з використанням контрастної речовини, відеоендоскопія з забором біопсійного матеріалу та гістоморфологічні дослідження.

При виконанні роботи, яка носить проспективний характер, були використані статистичні методи обробки результатів.

### Результати досліджень та їх обговорення

Нами проаналізовано досвід лікування 25 хворих з протяжною післяопіковою рубцевою стриктурою стравоходу, що були поділені на дві групи: основну (10 хворих) та групу порівняння (15 хворих), яким було виконано реконструктивні оперативні втручання в період з 2010 по 2013 рр. включно у віці від 32 до 55 років. Середній вік пацієнтів складав  $(37,6 \pm 6,7)$  років. Розподіл постраждалих за віком проводився згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (1980 р.): 18–35 років — особи молодого віку (24,76 %); 36–59 років — середнього віку (75,24 %); 60–75 років — похилого віку (0 %), 76–89 років — старечого віку (0 %). Чоловіків було 65 (72 %), жінок — 28 (28 %).

Хворим основної групи було виконано одномоментну езофагогастропластику. Групу



порівняння складають хворі з післяопіковою стриктурою стравоходу чи стенозом стравохідного анастомозу, яким було проведене класичні методики реконструктивного хірургічного лікування.

Головними скаргами пацієнтів, що потрапили до лікарні, були дисфагія (100 %), втрата маси тіла (96 %), гіперсаливація (36 %), біль за грудниною (25 %), регургітація (4 %). У молодому віці переважав субкомпенсований ступінь непрохідності (52 %), у середньому віці — субкомпенсований та декомпенсований (23 і 25 % відповідно). Хворих похилого та старечого віку серед досліджуваних пацієнтів не було.

При проведенні аналізу отриманих даних була використана модифікована класифікація хімічних опіків стравоходу та їх наслідків, що розроблена в клініці Інституту [3].

За даними отриманих в передопераційному періоді основних клініко-лабораторних показників та вищезазначених методів інструментального дослідження всі хворі були субкомпенсовані та компенсовані.

Локалізація та протяжність післяопікової рубцевої стриктури стравоходу наведені в табл.

Таблиця

**Локалізація та протяжність післяопікової рубцевої стриктури стравоходу**

№ п/п	Локалізація післяопікової рубцевої стриктури стравоходу	Кількість хворих		
		основної групи	групи порівняння	загальна кількість
1	Абдомінальний відділ стравоходу	0	1	1
2	Верхня третина грудного відділу стравоходу	0	1	1
3	Середня третина грудного відділу стравоходу	2	4	6
4	Нижня третина грудного відділу стравоходу	2	2	4
5	Протяжна післяопікова рубцева стриктура стравоходу, що займає два та більше анатомічні відділи стравоходу	6	7	13

При проведенні аналізу серед хворих обох груп найбільш часто відмічається протяжна післяопікова рубцева стриктура стравоходу, що займає два та більше анатомічні відділи стравоходу — 13 (52 %) хворих. Серед них абдомінальний відділ стравоходу в поєднанні з нижньою третьиною грудного відділу стравоходу — 4 пацієнта, середня та нижня третина грудного відділу стравоходу — 5, середня та верхня третина грудного відділу стравоходу — 4 пацієнта.

Враховуючи молодий працездатний вік хворих та відсутність супутньої патології у них, їм були проведені одномоментні реконструктивні втручання. Перевагою традиційних методик одномоментної езофагопластики є скорочення часу перебування в умовах клініки та від-

сутність необхідності повторної госпіталізації для проведення реконструктивної операції в двоетапному лікуванні, скорочення часу післяопераційної реабілітації.

У хворих з протяжними рубцевими післяопіковими стриктурами стравоходу групи порівняння були виконані наступні одномоментні реконструктивні оперативні втручання: езофагогастропластика — (60 %), езофагоколонопластика — (40 %).

Після реконструктивно-відновних операцій групи порівняння ускладнення виникали у 53,3 % пацієнтів. Найбільш частими ускладненнями після проведеного оперативного лікування були плеврит у 3 (20 %) пацієнтів і пневмонія у 2 (13,3 %) пацієнтів. Після езофагогастропластики частіше виникав плеврит, після езофагоколонопластики — пневмонія. Після реконструктивно-відновних операцій групи порівняння летальність склала 3 (20 %) пацієнта: медіастиніт, гостра серцево-судинна та поліорганна недостатність.

У зв'язку з цим у клініці Інституту була розроблена та впроваджена методика одномоментної езофагогастропластики з використанням трансхіатального доступу та накладанням єдиного анастомозу на шиї у хворих з протяжними рубцевими післяопіковими стриктурами стравоходу (основна група).

За даною методикою виконується резекція стравоходу трансхіатальним доступом і формування езофагогастроанастомозу прикріпленням проксимального кінця шлунка до стравоходу, який відрізняється від класичних методик тим, що попередньо проводять кліпсування лівої шлункової артерії, після цього із стінки шлунку еквідистантно його великій кривизні формують ізоперистальтичну трубку, діаметр якої сумірний з діаметром стравоходу, а із частини шлунку, що залишилася після виділення ізоперистальтичної трубки, формують резервуар. Формування єдиного езофагогастроанастомозу за даною методикою відбувається на шиї. Всім хворим інтраопераційно трансназально заводять гастральний зонд за зону анастомозу з метою ранньої активації та можливістю раннього післяопераційного годування хворого. На шосту-сьому добу після одномоментної езофагогастропластики проводилося контрольне рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з використанням водорозчинної контрастної речовини.

Після реконструктивно-відновних операцій основної групи ускладнення виникли у 1 (10 %) пацієнта у вигляді часткової неспроможності сформованого на шиї езофагогастроанастомозу на сьому добу після операції. При цьому у даного пацієнта заведений інтраопераційно назогастральний зонд у зв'язку з неспромож-



ністю не видалявся і в подальшому окрім вищезазначених функцій відмежував зону анастомотичної неспроможності до її закриття. Даному хворому проводились регулярні перев'язки та санаційні заходи зони неспроможності розчинами антисептиків. При цьому закриття зони анастомотичної неспроможності відбулося на 10 добу після її виникнення.

Подовження інтерпонату за рахунок формування ізоперистальтичної трубки по великій кривизні шлунку дає змогу повторити форму стравоходу та розташувати в анатомічному положенні стравоходу з накладанням на шиї, що також відіграє профілактичну роль у розвитку анастомотичної неспроможності.

Накладання лише одного анастомозу на шиї при езофагопластиці шлунком навіть з розвитком неспроможності анастомозу не передбачає

розвиток таких тяжких наслідків як плеврит, медіастиніт, емпієма плеври, пневмонія, перитоніт та інші в зв'язку з відсутністю анастомозів у черевній та плевральній порожнинах.

Летальність основної групи хворих складає 10 % (1 пацієнт), який помер внаслідок розвитку в ранньому післяопераційному періоді гострої серцево-судинної недостатності.

### Висновки

Таким чином, розроблений та впроваджений в клініці Інституту спосіб одномоментної езофагогастропластики з використанням трансхіатального доступу та накладанням лише одного анастомозу на шиї у хворих з післяопіковими протяжними рубцевими стриктурами стравоходу в стані компенсації та субкомпенсації може розглядатися як метод вибору.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев М. А. Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе при послеожоговых рубцовых стриктурах / М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов. Ш. Ш. Жураев // Хирургия им. Н.И. Пирогова. — 2005. — № 12. — С. 40–43.
2. Ксенофонтов С. С. Особливості колоезофагопластики при післяопіковому стенозі стравоходу у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою / С. С.Ксенофонтов, Б. С.Полінкевич // Сучасна гастроентерологія. — 2002. — № 2 (8). — С. 95.
3. Савві С. О. Комплексне лікування хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.01.03 / Савві Сергій Олександрович; ДУ «ІЗНХ АМНУ». — Х., 2011. — 32 с.
4. Черноусов А. Ф. «Хирургия пищевода» // А. Ф. Черноусов, М. П. Богомольский, Ф. С. Курбанов. — М. — Медицина. — 2000.— 352 С. Трансхиатальная резекция
- и экстирпация пищевода с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой.
5. Черноусов А. Ф. Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой у больных с доброкачественными заболеваниями пищевода [электронный ресурс] / А. Ф. Черноусов, Ф. А. Черноусов / Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2004» «Актуальные вопросы реконструктивной хирургии». — Ташкент, 2004. — С. 34–35. — Режим доступа: [www.vakhidov.uzsci.net](http://www.vakhidov.uzsci.net).
6. Шалимов А. А. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке / А. А. Шалимов, В. И. Полупан. — М. : — Медицина, 1975–357 с.
7. Ferguson D. D. Evaluation and management of benign esophageal strictures [электронный ресурс] / D.D.Ferguson // Dis Esophagus. — 2005. — Vol. 18, № 6. — P. 359–364 [abstract PMID: 16336604]. — Режим доступа: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).



СПОСОБ ОДНОМОМЕНТНОЙ  
ЕЗОФАГОГАСТРО-  
ПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ  
С ПРОТЯЖЕННОЙ  
РУБЦОВОЙ СТРИКТУРОЙ  
ПИЩЕВОДА

*V. V. Boyko,  
S. A. Savvi,  
A. Yu. Bodrova,  
V. V. Zhidetskiy ,  
E. A. Novikov*

**Резюме.** Проведено изучение результатов хирургического лечения протяженных послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у больных, находившихся на лечении в 2010–2013 годах в отделении заболеваний пищевода и желудочно-кишечного тракта ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМНУ» и анализ полученных данных. Внедрена методика одномоментной эзофагогастропластики с использованием трансхиатального доступа у больных с данной патологией без кахексии.

**Ключевые слова:** *протяженные послеожоговые рубцовые стуктуры пищевода, трансхиатальный доступ, одномоментная эзофарогастропластика.*

METHOD OF ONESTEP  
ESOPHAGOGASTROPLASTY  
FOR ESOPHAGEAL  
STRICTURE

*V. V. Boyko, S. O. Savvi,  
A. Y. Bodrova, V. V. Zhidetsky,  
E. A. Novikov*

**Summary.** The research is based on the analysis of 63 patients with esophageal strictures which were treated in 2010-2013 years in the department of diseases of the esophagus and gastrointestinal tract in the SI «V. T. Zaitsev IGES NAMSU» and analysis of the data. The method of a onestep esophagogastroplasty by transhiatal access in patients with this pathology without cachexia was introduced.

**Key words:** *corrosive esophagitis, extended cicatrical stricture, transhiatal access, one-step esophagogastroplasty.*