



Н. Н. Велигоцкий,
 А. В. Горбулич,
 И. В. Тесленко,
 А. С. Трушин,
 А. Н. Велигоцкий,
 В. В. Комарчук, Г. Н. Урсол,
 О. Э. Иванская

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ ВЫСОКОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКЕ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА

Резюме. Рассмотрены варианты эзофагогастропластики при раке внутригрудных отделов пищевода и подходы к лечению несостоятельности анастомозов.

Ключевые слова: анастомоз, несостоятельность, эзофагогастропластика, рак пищевода.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© Коллектив авторов

Введение

Рак пищевода ежегодно выявляется у 450 000 пациентов [8]. Наиболее рациональным вариантом оперативного вмешательства при раке пищевода является эзофагогастропластика с выполнением двухзональной лимфодиссекции [1-5, 7]. Выполнение этой операции при раке проксимальных отделов пищевода представляет собой определенную техническую проблему и зачастую сопровождается высокой частотой тяжелых осложнений, среди которых на первом месте находится несостоятельность анастомоза [6]. Совершенствование хирургической техники, по мнению многих авторов, должно быть направлено на увеличение длины желудочного трансплантата, а так же на улучшение условий его кровоснабжения в зоне наложения анастомоза [2, 4-6]. При возникновении несостоятельности анастомоза высоким является риск летального исхода, что требует совершенствования хирургических подходов для лечения подобных осложнений [2, 4, 6, 7].

Материалы и методы исследований

Для улучшения показателей операбельности рака проксимальных отделов пищевода нами разработана методика удлинения желудочного трансплантата (патент Украины № 30388 А), которая заключается в выкраивании трансплантата с помощью последовательно наложенных УО-60 4-6 танталовых швов вдоль большой кривизны желудка на расстоянии 4-5 см от ее наружного края – рис. 1 [2, 7]. В промежутках между танталовыми швами наносятся поперечные насечки серозно-мышечного слоя стенки желудка длиной по 1,5–2 см, а затем растягивается стенка желудка по длине и зашиваются эти участки отдельными ручными швами, что позволяет дополнительно удлинить трансплантат на 3-4 см в каждом из промежутков между танталовыми швами, и в общей сложности на 12-15 см. Этапы выполнения оперативного вмешательства при наложении цервикального эзофагогастроанастомоза и формирование анастомоза на шее представлено на рис. 2.

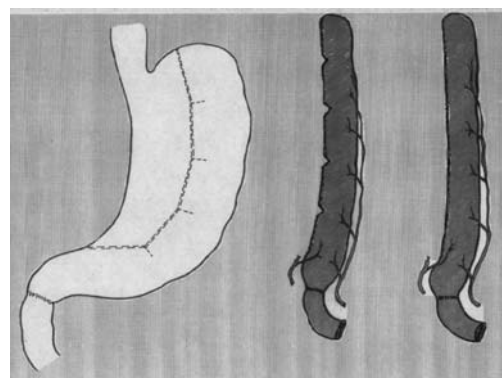


Рис 1. Методика формирования желудочного трансплантата



а



б

Рис. 2. Этапы формирования цервикального эзофагогастроанастомоза: а — формирование трансплантата, б — наложен цервикальный эзофагогастроанастомоз

Клиническим материалом исследования являются результаты оперативного лечения 397 больных с раком пищевода различных локализаций, из них 117 операций (29 %) проведено при раке средне- и верхне-грудного отделов пищевода с наложением пищеводно-желудочного анастомоза под куполом плевры (82 больных – 21 %) и на шее (35 больных – 8 %).

Результаты исследований и их обсуждение

В 6 (4,7 %) случаях имела место несостоятельность ПЖА: 4 (3,4%) – внутригрудного, 2 (1,7%) – цервикального. Своевременное раскрытие раны после цервикотомии, перевязки с антисептиками, в большинстве случаев позволяли вылечить это осложнение без повторных хирургических вмешательств. При недостаточности интраторакального анастомоза нами выполнялось введение зонда для питания в двенадцатиперстную кишку или в начальные отделы тощей кишки, что выполнялось под рентгеновидеоконтролем (у 5 больных) или с помощью эндоскопа (у 1 больного).

Перевод больных на энтеральное зондовое питание позволил в 4 (80 %) случаях добиться формирования интраплеврального свищевого хода с последующим его полным заживлением в сроки от 1 до 2 месяцев после операции. Отмечен 1 летальный исход (25 %) в группе больных с интраторакальной несостоятельностью трансплантатов, причиной летального исхода послужила полная несостоятельность трансплантата с присоединением медиастинита, сепсиса и полиорганной недостаточности.

Мерами профилактики несостоятельности ПЖА считаем: хороший запас длины желудочного трансплантата, сохранение хорошего кровоснабжения желудочного трансплантата по всей его длине, применение прецизионной техники шва анастомоза. При высоком риске несостоятельности (недостаточное кровоснабжение, истощение больного, наличие локально-распространенного онкопроцесса) проводили формирование анастомоза на шее, что позволяло снизить риск летального исхода при развившейся несостоятельности.

У 3-х больных после эзофагогастропластики развился доброкачественные стриктуры зоны анастомоза с клиникой дисфагии. Этим больным проводилась баллонная дилатация стриктур с хорошими клиническими результатами и ликвидацией дисфагии.

Выводы

1. Методика выкраивания желудочного трансплантата зарекомендовала себя как эффективный и безопасный способ в лечении рака верхней трети внутригрудного отдела пищевода.

2. При несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза методом выбора является ранний перевод больного на энтеральное зондовое питание с адекватным дренированием зоны несостоятельности.

3. У больных с предполагаемым высоким риском несостоятельности анастомоза предпочтительным является наложение анастомоза на шее ввиду гораздо меньших показателей летальности

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Опыт эзофагопластики при рубцовой стриктуре и раке пищевода. / В. В. Бойко, В.П. Давурак, С. А. Савви // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 43.
2. Велигоцкий Н.Н. Одномоментная эзофагопластика при поражении внутригрудных отделов пищевода / Н. Н. Велигоцкий, И. А. Винниченко, И. В. Тесленко // Архив клинической и экспериментальной медицины, Донецк. – 2002 – т. 2, № 2. – С. 263-264.
3. Саенко В. Ф. Шалімовські принципи лікування стравоходу та раку шлунка, що поширюється на стравохід / В. Ф. Саенко, С.Д. Мясоедов, С.А. Андреещев, П. М. Кондратенко // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 10.
4. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов. – М. : Медицина, 2000. – 350 с.
5. D'Journo X. B. Current management of esophageal cancer / X. B. D'Journo, P. A. Thomas // J. Thorac Dis. – 2014. – № 6, Suppl 2. – P :S253-264.
6. Sunpaweravong S. Prediction of major postoperative complications and survival for locally advanced esophageal carcinoma patients / S. Sunpaweravong, S. Ruangsinn, S. Lao-hawiriyakamol [et al.] // Asian J Surg. – 2012. – Vol. 35, № 3. – P. 104-109.
7. Veligotsky N. N. Clinical and functional results of novel gastric tube used as substitution for resected esophagus. / N. N. Veligotsky, I. A. Vinnithenko //39-th World Congress of Surgery. Abstract book, Brussel, Belgium, 2001. – P. 16.
8. Zhang Y. Epidemiology of esophageal cancer /Y. Zhang // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, № 34. – P. 5598–5606.



ВАРІАНТИ
ЕЗОФАГОГАС-
ТРО-
ПЛАСТИКИ ПРИ РАКУ
ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ
ВІДДІЛІВ СТРАВОХОДУ

*М. М. Велигоцький,
О. В. Горбулич,
І. В. Тесленко,
О. С. Трушин,
О. М. Велигоцький,
В. В. Комарчук, Г. М. Урсол,
І. О. Вінниченко,
О. Є. Іванська*

Резюме. Розглянути варіанти езофагогастропластики при раку внутрішньогрудних відділів стравоходу та підходи до лікування неспроможності анастомозів.

Ключові слова: *анастомоз, неспроможність, езофагогастро-пластика, рак стравоходу.*

VARIANTS OF
ESOPHAGOGASTROPLASTY
IN TREATMENT OF
INTRATHORACIC
ESOPHAGEAL CANCER

*N. N. Veligotsky,
A. V. Gorbulitch,
I. V. Teslenko, A. S. Trushin,
A. N. Veligotsky,
V. V. Komarchuk, G. N. Ursol,
O. E. Ivanskaya*

Summary. Variants of esophagogastroplasty and approaches to treatment of complications in treatment of intrathoracic esophageal cancer are described.

Key words: *anastomosis, insolvency, ezofagogastroplastc, esophageal cancer.*