



А. Ю. Усенко,
А. С. Лаврик, Б. Б. Мовчан,
С. А. Андреещев

Національний інститут
хірургії і трансплантології
ім. А. А. Шалимова НАМН
України, г. Київ

© Колектив авторів

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Резюме. Проведен сравнительный анализ различных методов лечения больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода. Обследовано 585 больных с послеожоговой стриктурой пищевода. У 466 (79,7 %) пациентов для восстановления проходимости пищевода использовали бужирование. Гастростома сформирована 62 (10,6 %) больным и на этом их лечение ограничилось ввиду невозможности или отсутствия желания дальнейшего лечения. Эзофагопластика была выполнена 57 (9,7 %) пациентам. Из них с использованием толстой кишки — 34 (59,7 %), тонкой кишки — 3 (5,3 %), желудка — 8 (14 %) и илеоцекального угла — 12 (21 %). Летальность после эзофагопластики составила 3,5 % (2 пациента).

Ключевые слова: послеожоговая рубцовая стриктура пищевода, эзофагопластика, бужирование пищевода, осложнения.

Введение

Лечение больных с послеожоговой стриктурой пищевода относится к категории сложных, при котором многие вопросы остаются еще не разрешенными. К ним следует отнести поиски наиболее простых, широко доступных и пригодных с анатомической и функциональной точек зрения методов восстановления проходимости пищевода [5]. В настоящее время наиболее часто выполняется бужирование пищевода. При его неэффективности показано формирование искусственного пищевода. Эзофагопластику выполняют за счет желудка, тонкой или толстой кишок [6].

При выборе трансплантата существенное значение имеют предшествующие операции, а также личные предпочтения и навыки хирурга [2].

В раннем послеоперационном периоде у 5-31 % пациентов возникает несостоятельность швов пищеводноорганных анастомозов, у 25-58 % его стриктура [1-6]. Летальность после эзофагопластики в среднем составляет 4-10 % [1-6].

В отдаленном периоде у 20-45 % больных возникают требующие лечения осложнения — стриктуры анастомоза, рефлюкс, избыточная петля трансплантата, тяжелые функциональные расстройства, являющиеся следствием неудачно выбранной или осуществленной методики вмешательства [1].

Проблема болезней искусственного пищевода всегда была актуальной, и будет оставаться таковой, пока в клинической практике не найдет применение эзофагопластика [3].

Имеющийся в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова многолетний опыт выполнения восстановительных операций при непроходимости пищевода позволил изучить частоту послеоперационных осложнений при различных мето-

дах лечения больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода.

Цель работы

Анализ результатов различных методов лечения больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода.

Материалы и методы исследований

В Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова за период с 2005 по 2015 г. находилось на лечении 585 больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода. Мужчин было 476 (81,4 %), женщин 109 (18,6 %). Средний возраст составил 42 года. Дисфагия I степени (избирательная, лишь для приема некоторых видов пищи) наблюдалась у 12 (2,1 %) больных, дисфагия II степени (компенсированная, сохранена проходимость для жидкой и полужидкой пищи) у 341 (58,3 %), III степени (субкомпенсированная, проходит только жидкость) у 197 (33,7 %) и IV степень (полная непроходимость пищевода) — 35 (6 %) больных.

У 466 (79,7 %) пациентов для восстановления проходимости пищевода использовали бужирование по струне — проводнику. С этого метода начинали лечение всех больных, которым удавалось провести струну — проводник дистальнее места сужения. Бужирование начинали не ранее чем через 2 месяца после ожога, из-за опасности перфорации пищевода. Первые сеансы проводили через день, до достижения максимально возможной дилатации. Затем на протяжении первых нескольких лет после ожога рекомендовали повторять бужирование один раз в 2 месяца, либо раньше — при нарастании дисфагии. За 10 лет в клинике было выполнено около 4000 сеансов бужирования пищевода.



У 120 (20,5 %) пациентов из-за того, что бужирование было неэффективно или невозможно, была сформирована гастростома по Кадеру, как первый этап лечения.

Гастростома осталась как основной путь поступления пищи у 62 (10,6 %) пациентов, ввиду невозможности или отсутствия желания дальнейшего лечения.

У 57 (9,7 %) больных для восстановления питания через рот была выполнена эзофагопластика.

Эзофагопластика с использованием толстой кишки была выполнена у 34 (59,7 %) больных, тонкой кишки у 3 (5,3 %), желудка — у 8 (14 %), илеоцекального угла — у 12 (21 %).

Успешное выполнение эзофагопластики зависит от правильной оценки выбранного участка ЖКТ и применения оптимальной методики формирования трансплантата, позволяющей сохранить адекватное кровоснабжение. Критерием оценки жизнеспособности трансплантата является наличие пульсации концевых сосудов его орального конца и отсутствие венозного застоя.

В качестве трансплантата нельзя использовать оперированный желудок, неудачно сформирована гастростома, а также при осложненной язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Показаниями к выполнению эзофагопластики были: полная непроходимость пищевода, наличие длинной трубчатой стриктуры протяженностью более 3,5 см, не поддающаяся бужированию, наличие нескольких стриктур в пищеводе, ранее выполненная экстирпация пищевода и быстрый рецидив дисфагии после бужирования.

Мы являемся сторонниками одномоментной эзофагопластики, которая выполнена у 38 (66,7 %) пациентов. Однако, ввиду сомнений в адекватности кровообращения орального конца трансплантата 19 (33,3 %) больному формирование шейного анастомоза производилось в два этапа.

У 23 (40,4 %) пациентов был сформирован однорядный шейный анастомоз. При формировании шейных анастомозов мы использовали полилактиновую нить (викрил) 3/0.

У 4 (7 %) пациентов линию однорядного узлового шва полилактиновой нитью дополнительно защищали коллагеновой пластиной «Тахокомб».

Механический шов с использованием циркулярных сшивающих аппаратов фирмы «Этикон» использован у 34 (59,6 %) больных.

Результаты исследований и их обсуждение

Из 4000 бужирований послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода, у 3 (0,1 %) больных возникло осложнение в виде перфорации

пищевода. У 2 больных выполнено экстренное оперативное вмешательство — экстирпация пищевода. У одного пациента с перфорацией пищевода удалось добиться излечения консервативными методами.

У 57 больных, которым была выполнена эзофагопластика в ближайшем послеоперационном периоде у 26 (45,6 %) пациентов развились различные осложнения. У 2 (3,5 %) привели к смерти.

Из 34 больных, которым сформирован толстокишечный трансплантат, осложнения возникли у 18 (52,9 %), из 3 с тонкокишечным у 1, у 8 больных с эзофагопластикой желудочной трубкой — 4 (50 %) и у 4 (33,3 %) из 12 пациентов с трансплантатом из илеоцекального угла.

Таким образом, как следует из полученных данных, вид эзофагопластики не оказывает достоверного влияния на возникновение осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Наиболее частыми осложнениями были: некроз трансплантата — 2 (3,5 %), несостоятельность шва пищеводноорганного анастомоза — 6 (10,5 %), несостоятельность шва межкишечного анастомоза — 1 (1,8 %), несостоятельность шва заглушенного конца пищевода — 2 (3,5 %), кровотечение — 1 (1,8 %), острая язва желудка — 1 (1,8 %), легочно-плевральные осложнения — 6 (10,5 %).

В период с 2005 по 2015 умерло 2 (3,5 %) пациента. Один после толстокишечной эзофагопластики (1,8 %) и один после эзофагопластики с использованием желудочной трубки.

Из 34 пациентов с толстокишечной эзофагопластикой несостоятельность швов пищеводноорганного анастомоза возникла у 4 (11,8 %), из 3 с тонкокишечной ни у одного, у 8 с эзофагопластикой желудочной трубкой у 2 (25 %) больных и у пациентов после эзофагопластики с использованием илеоцекального угла не было несостоятельности швов шейного анастомоза ($p > 0,05$).

Таким образом, как следует из полученных данных, вид эзофагопластики достоверно не влияет на возникновение наиболее частого осложнения — несостоятельности швов пищеводноорганного анастомоза.

При формировании шейного анастомоза с использованием полилактиновой нити у 23 (40,4 %) больных, несостоятельность его швов возникла у 3 (13 %). Из 4 (7 %) пациентов которым линию шва полилактиновой нитью дополнительно укрывали коллагеновой пластиной «Тахокомб», несостоятельность швов возникла у 1 (25 %) больного. В 34 (59,6 %) случаях для формирования шейного анастомоза использовали степлер, несостоятельность механического шва наблюдали у одного (2,9 %) больного.

Таким образом, как следует из полученных данных, при формировании пищевода анастомоза с использованием степлера несостоятельность его шва возникала достоверно реже ($p < 0,05$), чем при других способах.

После выполнения толстокишечной эзофагопластики у 1 (2,9 %) больного возникла несостоятельность шва межкишечного анастомоза. При других видах эзофагопластики данное осложнение отсутствовало.

Несостоятельность шва заглушенного конца пищевода имела место у 2 (3,5 %) пациентов и возникала при наличии полной непроходимости пищевода.

Из 34 больных с толстокишечной эзофагопластикой у 3 (8,8 %) имелись легочно-плевральные осложнения и при экстирпации пищевода с использованием желудочной трубки в качестве трансплантата из 8 пациентов у 3 (37,5 %) ($p < 0,05$).

Таким образом, как следует из полученных данных, легочно-плевральные осложнения возникали достоверно реже у больных после толстокишечной эзофагопластики, чем при других её видах.

В отдаленном периоде осложнения возникли у 14 (24,6 %) пациентов. Стриктура пищевода-органного анастомоза имела место у 9 (15,7 %) больных, избыточная петля трансплантата — у 2 (3,5 %), свищ пищевода-органного анастомоза на шее — у 1 (1,6 %), «слепой» мешок естественного пищевода — у 1 (1,6 %), язва трансплантата — у 1 (1,6 %), сдавление трансплантата за грудиной — у 1 (1,6 %) и пилороспазм возник у 1 (1,6 %) пациента. У одного больного могло быть несколько осложнений.

Стриктура пищевода-толстокишечного анастомоза возникла у 3 (8,8 %), пищевода тон-

кокишечного у 2 (13,3 %) и пищевода-желудочного у 4 (50 %) пациентов.

Таким образом, как следует из полученных данных, у больных с желудочным трансплантатом стриктура шейного анастомоза возникает достоверно чаще ($p < 0,05$), чем при других видах эзофагопластики.

Избыточная петля трансплантата была у 2 (5,9 %) пациентов после толстокишечной эзофагопластики. Для больных, у которых использовали желудок в качестве искусственного пищевода, это осложнение не характерно.

У 5 (8,8 %) пациентов перенесших эзофагопластику возникла необходимость выполнения реконструктивных операций на искусственном пищеводе — 9 операций.

Наиболее часто выполнялась реконструкция пищевода-органного анастомозов в связи с их стриктурой — 5; 2 больным произведена резекция избыточной петли трансплантата, резекция кишечно-желудочного анастомоза выполнена 1 больному в связи с пептической язвой анастомоза, у 1 пациента выполнена повторная эзофагопластика.

Сравнивая различные методы лечения послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода можно сделать следующие выводы: бужирование пищевода является наиболее частым и относительно безопасным способом лечения данного заболевания, использование механического шва снижает процент наиболее частого осложнения — несостоятельности швов пищевода-органного анастомозов. Легочно-плевральные осложнения возникали достоверно реже у больных после толстокишечной эзофагопластики, чем при других её видах. У больных с желудочным трансплантатом стриктура шейного анастомоза возникает достоверно чаще.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выполнение восстановительных операций при послеожоговом стенозе пищевода и желудка / В. Ф. Саенко, С. А. Андреешев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клін. хірургія. — 2003. — № 2. — С. 7 — 12.
2. Сравнительная оценка различных видов тотальной и субтотальной эзофагопластики / А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик, С. А. Андреешев, Б. Б. Мовчан, О. А. Доскуч // Всеукр. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Современные проблемы торакальной хирургии». Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 6(1). — С. 27.
3. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов. — М.: Медицина, 2000. — 350 с.
4. Bergquist H. Angleplasty in gastric tube reconstruction after esophagectomy / J. Kitayama, S. Kaisaki, H. Ishigami [et al.] // J. International Society for Diseases of the Esophagus. — 2009. — Vol. 22, N 5. — P. 418 — 422.
5. Bergquist H. Aspects on the Management of patients with Esophageal / H. Bergquist // Cancer. — 2007. — Goteborg. — P. 41.
6. Han-Geurts I. J. Nutritional status as a risk factor in esophageal surgery / I. J. Han-Geurts // Dig. Surg. — 2006. — Vol. 23, N 3. — P. 159 — 163.



ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦЕВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ.

**О. Ю. Усенко,
А. С. Лаврик, Б. Б. Мовчан,
С. А. Андреещев**

Резюме. Проведено порівняльний аналіз різних методів лікування хворих з післяопіковою рубцевою стриктурою стравоходу. Обстежено 585 хворих з післяопіковою стриктурою стравоходу. У 466 (79,7 %) пацієнтів для відновлення прохідності стравоходу використовували бужування. Гастростома сформована 62 (10,6 %) хворим та на цьому їх лікування обмежилось зважаючи на неможливість чи відсутність бажання подальшого лікування. Езофагопластика була виконана 57 (9,7 %) пацієнтам. З них з використанням товстої кишки – 34 (59,7 %), тонкої кишки – 3 (5,3 %), шлунка – 8 (14 %) та ілеоцекального кута у 12 (21 %). Летальність після езофагопластики склала 3,5 % (2 пацієнта).

Ключові слова: *післяопікова рубцева стриктура стравоходу, езофагопластика, бужування стравоходу, ускладнення.*

TREATMENT OF POST-BURN CICATRICAL ESOPHAGEAL STRICTURES

**A. Yu. Usenko, A. S. Lavrik,
B. B. Movchan,
S. A. Andreeshev**

Summary. A comparative analysis of various methods of treatment of patients with post-burn cicatricial stricture of the esophagus is performed. The study involved 585 patients with post-burn esophageal strictures. In 466 (79.7 %) patients to restore patency of the esophagus used bougienage. Gastrostomy was formed in 62 (10.6 %) patients, and on this treatment is limited due to their inability or lack of desire for further treatment. Esophagoplasty was performed in 57 (9.7 %) patients. Of these, using the colon – 34 (59.7 %), small intestine – 3 (5.3 %), gastric – 8 (14 %) and ileocecal angle – 12 (21 %). Mortality after esophagoplasty was 3.5 % (2 patients).

Key words: *post-burn cicatricial stricture of the esophagus, esophagoplasty, bougienage of the esophagus, complications.*