

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕСПРОМОЖНІСТЮ ШВІВ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ

Проф. В. В. БОЙКО^{1,2}, проф. С. О. САВВИ^{1,2}, проф. В. Г. ГРОМА^{1,2}, С. Ю. БИТЯК¹

¹ ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України», Харків,
² Харківський національний медичний університет, Україна

Проаналізовано результати лікування хворих із частковою неспроможністю швів стравохідних анастомозів. В одних хворих було застосовано трансназальний зонд та відкриті оперативні втручання, в інших — хірургічну тактику, спрямовану на ранню діагностику неспроможності та лікування за допомогою мініінвазивних технологій, в першу чергу, — стентування зони неспроможності.

Ключові слова: стравохід, ендоскопічне стентування, неспроможність анастомозів.

Операції на стравоході, особливо різні види його пластик, лікування раку стравоходу та шлунка належать до найскладніших оперативних втручань. Досі ці операції супроводжуються цілою низкою ускладнень, які різко обтяжують стан хворих і зумовлюють високу післяопераційну летальність [1].

Окрім типових післяопераційних ускладнень (дихальна і серцева недостатність, ДВЗ-синдром, пневмонія, сепсис), при езофагопластиці спостерігаються й специфічні. У ранньому післяопераційному періоді це, перш за все, неспроможність швів стравохідних анастомозів, яка призводить до формування параезофагеальних абсцесів та медіастиніту [2]. За даними літератури, такі ускладнення відзначаються у 3,3–5,9% випадків із летальністю 78,6–90,0% [1–3]. Деякі дослідники схильні пояснювати високу частоту ускладнень анатомічними особливостями будови порожнистих органів та технічними недоліками виконання операцій [4]. Інші фахівці надають провідну роль загальним чинникам ризику, що пов'язані як зі станом пацієнта (супровідна патологія, гіпопротеїнемія, анемія, цукровий діабет, зниження репаративних процесів), так і з особливостями виконання операції (технічні складнощі, значна тривалість, виконання комбінованих втручань та множинних резекцій, неадекватність кровопостачання органів, що анастомозуються, натяг тканин, поширеність пухлинного процесу або наявність пухлинних клітин у краях резекції тощо) [5, 6].

Лікування неспроможності швів анастомозу є складною медичною проблемою, його основні завдання — усунення сполучення між порожнистим органом і прилеглими тканинами, адекватна санація ділянки навколо зони неспроможності, загальна антибактеріальна терапія, корекція порушень гомеостазу [4, 7, 8].

До недавнього часу існувало дві різні тактики у лікуванні цієї категорії хворих: вичікувальна (консервативна) із застосуванням трансназального зонда й активна (оперативна), що передбачає виконання повторного оперативного втручання у найкоротші строки після підтвердження неспроможності швів анастомозу.

Сьогодні науковці постійно шукають шляхи оптимізації лікування хворих із неспроможністю швів анастомозів. Прагнення знайти більш дешеві й безпечні, але разом із тим ефективні методи привело до розробки та впровадження у клінічну практику методів ендопротезування, що дедалі більше стають пріоритетними у вирішенні цієї проблеми. З'являються поодинокі повідомлення про первинне застосування методів ендоскопічного стентування для герметизації дефектів стінки порожнистих органів [3, 4].

Мета нашого дослідження — проаналізувати результати лікування пацієнтів із неспроможністю швів стравохідних анастомозів й визначити найбільш ефективні методики.

Проведено аналіз даних, отриманих після лікування 68 хворих із неспроможністю швів стравохідних анастомозів, які перебували у клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України» у період від 2006 до 2016 рр. Вік пацієнтів становив 40–76 років, середній — 58 років.

Усіх хворих було розділено на дві групи: 2007–2011 рр. (36 хворих — перша група (порівняння)) та 2012–2017 рр. (32 хворих — друга група (основна)). Співвідношення чоловіків та жінок в обох групах було приблизно однаковим.

Для лікування хворих першої групи застосовувалася традиційна тактика (трансназальний зонд, повторні оперативні втручання). У другій групі було використано можливості мініінвазивного хірургічного лікування з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

Клінічне обстеження хворих із неспроможністю швів стравохідних анастомозів передбачало оцінку їхнього загального стану, гемодинамічних показників. Лабораторне дослідження включало: клінічні аналізи крові, сечі, аналіз крові на цукор та біохімічний аналіз. Вивчали показники електролітного складу, системи зсідання крові.

Поряд із загальноклінічним обстеженням хворих було використане езофагогастроуденоскопічне, рентгенологічне та ультразвукове дослідження.

Таблиця 1

Розподіл хворих за нозологічною приналежністю

| Патологія | Перша група, n = 36 | | Друга група, n = 32 | | Разом, n = 68 | |
|---------------------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------|------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Рак шлунку | 16 | 44,4 | 12 | 37,5 | 28 | 41,2 |
| Рак стравоходу | 10 | 27,8 | 12 | 37,5 | 22 | 32,4 |
| Виразкова хвороба шлунку | 3 | 8,3 | 2 | 6,3 | 5 | 7,4 |
| Стравохідні нориці | 2 | 5,6 | 2 | 6,3 | 4 | 5,9 |
| Ахалазія кардії | 2 | 5,6 | 1 | 3,1 | 3 | 4,4 |
| Непухлинні стриктури стравоходу | 1 | 2,8 | 1 | 3,1 | 2 | 2,9 |
| Доброякісні пухлини стравоходу | 1 | 2,8 | 1 | 3,1 | 2 | 2,9 |
| Перфорація стравоходу стороннім тілом | 1 | 2,8 | 1 | 3,1 | 2 | 2,9 |

Таблиця 2

Розподіл хворих відповідно до виду виконаного оперативного втручання

| Вид оперативного втручання | Кількість хворих, n = 68 | |
|---|--------------------------|------|
| | абс. ч. | % |
| Операція Льюїса | 19 | 27,9 |
| Операція Осава — Гарлока | 16 | 23,5 |
| Гастректомія за Зайцевим — Донцем | 12 | 17,6 |
| Проксимальна резекція шлунка | 6 | 8,8 |
| Резекція і пластика стравоходу | 4 | 5,9 |
| Роз'єднання нориці, пластика стравоходу | 4 | 5,9 |
| Кардіоміотомія | 3 | 4,4 |
| Комбінована гастректомія з пластикою ілеоцекальним сегментом кишківника | 2 | 3,0 |
| Ушивання стравоходу | 2 | 3,0 |

Більшість пацієнтів обох груп (26 — із першої, 24 — з другої) первинно оперовані з приводу злякисних новоутворень шлунково-кишкового тракту (табл. 1).

Хірургічні втручання у 91,9% хворих виконували за абсолютними або життєвими показаннями. Найчастіше використовувалися абдомінальний та комбінований доступи (табл. 2).

Первинні оперативні втручання виконувались переважно на тлі ускладнень основного захворювання (гостра кровотеча, перфорація, стеноз, дисфагія, стравохідно-плевральна чи стравохідно-трахеальна нориця, емпієма плеври).

Неспроможність анастомозів у всіх хворих виникла в ранньому післяопераційному періоді — у строки від 3 до 10 діб.

Основним методом діагностики неспроможності швів анастомозів був рентгенологічний. Під час проведення рентгенологічного контролю пацієнти перорально приймали водорозчинний контраст до візуалізації норицевого ходу, зазвичай із наступною рентгенографією зони неспроможності анастомозу.

Слід окремо зупинитись на ендоскопічній діагностиці неспроможності швів анастомозів, особливо стосовно верхніх відділів травного тракту. Донедавна у цієї категорії хворих значно обмежувалося застосування ендоскопічних технологій як із діагностичною, так і з лікувальною метою. Це було зумовлено можливостями наявних тоді оптичних ендоскопічних систем: вузьке поле зору, недостатня гнучкість дистального кінця за відносно великого діаметра робочої частини та низька розпізнавальна здатність без відеофіксації зображення

за відсутності у більшості випадків спеціального ендоскопічного інструментарію. Нерідко ендоскопічну діагностику поєднували із прицільним зрошенням зони ймовірної неспроможності через катетер розчином фарбника чи водорозчинною контрастною речовиною.

У 84,9% хворих основної групи у перші 24 год після констатації факту неспроможності швів анастомозу проводилось ендоскопічне стентування зони неспроможності, для цього використовувалися ліцензовані в Україні покриті нітинолові стенти виробництва фірм M. I. Tech Co. Ltd. та Boston Scientific Corp.

На етапі освоєння методики та у складних випадках стентування проводилося в умовах рентгенхірургічного відділення із частковим застосуванням при встановленні та репозиції стента рентгенологічного контролю з метою відеофіксації зображення. Однак переважну більшість (84,9%) стентувань виконано в операційному залі відділення оперативної ендоскопії під відеоендоскопічним контролем.

Як основні методики стентування використовувалися такі: 1) по провіднику під ендоскопічним контролем — 77,9% випадків; 2) по провіднику під комбінованим (рентгенологічним та ендоскопічним) контролем — 15,1%; 3) по провіднику через інструментальний канал ендоскопа — 7,0%.

У 25 хворих із неспроможністю швів верхніх відділів травного тракту ендоскопічне стентування завершувалося встановленням трансназального зонда № 15 у відповідну кишку через стент із метою декомпресії та раннього (у першу добу) ентерального харчування. В іншому випадку пацієнтам

через кілька годин після стентування дозволялося приймати лише світлі рідини на термін до п'яти діб до повного розкриття стента з наступним поступовим розширенням дієти.

Після успішної установки стента клінічний ефект було досягнуто у 66,3% пацієнтів. До використання стента середній дебіт по нориці становив від 450 до 1800 мл, після його встановлення у першу добу відзначено зменшення дебіту по нориці у середньому до 250 мл. Починаючи з третьої доби відзначалося етапне загоєння нориці, що підтверджувалося рентгенологічно.

Загальними принципами лікування хворих після стентування зони неспроможності анастомозу були: 1) повне закриття дефекту (герметизація) у зоні неспроможності; 2) адекватне дренивання ділянки неспроможності, 3) забезпечення адекватного ентерального харчування за умов достатньої герметизації зони неспроможності; 4) антибактеріальна та інтенсивна інфузійна терапія, спрямована на корекцію водно-електролітного, білкового та енергетичного балансу.

Хворим обох груп у першу чергу проводилося лікування місцевих ускладнень, зокрема запального процесу внаслідок затікань у зоні неспроможності швів шляхом призначення антибактеріальної терапії та санаційних промивань через дренажі. Лікування емпієми плеври при неспроможності стравохідно-шлункових анастомозів, окрім антибактеріальної терапії, включало проточне дренивання плевральної порожнини з переходом на пункційний метод під контролем УЗД чи рентгеноскопії після поступового відмежування запального процесу.

Більшість (70,0%) хворих основної групи були виписані зі стаціонару без ознак неспроможності анастомозів у задовільному стані у термін 3 тиж. У шести пацієнтів у терміни від 3 до 15 діб стент мігрував, що потребувало його додаткової ендоскопічної репозиції, а в кількох випадках — ще й неодноразово. У чотирьох хворих очікуваний клінічний ефект не було досягнуто, їх повторно прооперовано відкритим способом, із них 2 (6,25%) померли

у перші три доби після операції від поліорганної недостатності та гнійно-септичних ускладнень. У віддаленому періоді всі виписані зі стаціонару хворі основної групи кожен 1–2 міс проходили контрольне рентгенологічне та ендоскопічне дослідження. У терміни від 6 до 9 міс після остаточного загоєння нориці та стихання запальних процесів у зоні неспроможності анастомозу за відсутності мінімальних візуальних ознак пошкодження стента усім хворим його було видалено. З особливим занепокоєнням ми спостерігали за хворими, які перенесли гастректомію чи дистальну субтотальну резекцію шлунка і у яких агресивний вплив секретора підшлункової залози та жовчі уже в перші 5–6 міс призводив до швидкого руйнування та фрагментації стента з наступною потенційною міграцією у дистальному напрямку по травному тракту.

Хворим групи порівняння лікування неспроможності стравохідного анастомозу проводилось із застосуванням трансназального зонда, з них у 18 було виконано релапаротомію з метою додаткового дренивання і формування ентеростоми.

У 12 хворих відзначено закриття неспроможності з повним відновленням перорального живлення. Роз'єднання стравохідного анастомозу виконано 5 хворим. Основними причинами роз'єднання були: протяжні дефекти — у 4 випадках, некроз ділянки шлункового стебла — у 5. Незважаючи на проведену терапію, у цій групі померли 7 пацієнтів. Загальна летальність серед хворих із неспроможністю стравохідного анастомозу становила 19,4%.

Отже, стентування стравоходу за допомогою стентів, що самі розправляються, з покриттям та антирефлюксними клапанами є методом вибору при лікуванні пацієнтів із неспроможністю стравохідних анастомозів і дає змогу уникнути травматичних операцій, особливо в ослаблених хворих.

Лікування неспроможності стравохідних анастомозів із застосуванням ендоскопічного стентування дає найкращі результати за рахунок скорочення термінів реабілітації, поліпшення якості життя пацієнтів, зниження показника летальності.

Список літератури

1. Ганул В. Л. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов / В. Л. Ганул, С. И. Киркилевский. — К.: Книга плюс, 2003. — 200 с.
2. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка / Ю. П. Кувшинов, Б. К. Поддубный, О. Н. Ефимов [и др.] // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 72–78.
3. Лечение несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза / О. Е. Бобров, С. И. Киркилевский, В. И. Бучнев [и др.] // Таврический медико-биологический вестн. — 2005. — № 1. — С. 11–13.
4. Черноусов А. Ф. Хирургия рака желудка. / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Ф. А. Черноусов. — М.: АСТ, 2004. — 336 с.
5. Принципы лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии / О. Е. Бобров, С. И. Киркилевский, В. И. Бучнев [и др.] // Актуальные проблемы современной медицины. Вестн. Украинской медицинской стоматологической академии. — 2005. — Т. 1 (9), № 5. — С. 18–20.
6. Radecke K. Impact of self-expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients / K. Radecke, G. Gerken, U. Treichel // Gastrointest. Endosc. — 2005. — Vol. 61, № 7. — P. 812–818.
7. Галлингер Ю. И. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 5. — С. 33–39.
8. Давыдов М. И. Рак пищевода / М. И. Давыдов, И. С. Стильди. — М.: Практическая медицина, 2007. — 392 с.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШВОВ
ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ**

В. В. БОЙКО, С. А. САВВИ, В. Г. ГРОМА, С. Ю. БИТЯК

Проанализированы результаты лечения больных с частичной несостоятельностью швов пищеводных анастомозов. У одних больных применялись трансназальный зонд и открытые оперативные вмешательства, у других — хирургическая тактика, направленная на раннюю диагностику несостоятельности и лечение с применением миниинвазивных технологий, в первую очередь, — стентирование зоны несостоятельности.

Ключевые слова: пищевод, эндоскопическое стентирование, несостоятельность анастомозов.

**ANALYSIS OF THE RESULTS OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSIS SUTURE
FAILURE TREATMENT**

V. V. BOIKO, S. O. SAVVI, V. H. HROMA, S. Yu. BYTIAK

The results of treatment for partial failure of esophageal anastomosis suture were analyzed. Group 1 were used transnasal probe and open surgical interventions, group 2 surgical tactics aimed at early diagnosis of failure and treatment with the use of mini-invasive techniques, primarily stenting the failure area.

Key words: esophagus, endoscopic stenting, anastomosis failure.

Надійшла 29.08.2017