

**В. В. Бойко^{1,2}, С. О. Савві^{1,2}, С. В. В'юн², Є. А. Новіков³, А. Ю. Бодрова², В. В. Жидецький¹,
А. Б. Старикова¹, П. Д. Янгібаєв²**

¹ Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева національної академії медичних наук України»

² Харківський національний медичний університет

³ Харківський національний університет імені В. Н. Карабіна

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ СТРАВОХІДНОГО АНАСТОМОЗУ

Неспроможність стравохідно-кишкових анастомозів після операцій розвивається у 6,3–32,0%, стравохідно-шлункових – у 2,2–5,91% хворих. Проведено вивчення та аналіз результатів хірургічного лікування хворих з неспроможністю стравохідного анастомозу після резекції стравоходу та шлунку, гастректомії з формуванням стравохідного анастомозу, які перебували на лікуванні у 1999–2016 роках у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». Було обстежено 37 хворих з неспроможністю стравохідного анастомозу після резекції стравоходу та шлунку, гастректомії з формуванням стравохідного анастомозу. Серед них: в шийній ділянці – 4 (10,8%) хворих, в грудній порожнині – 15 (40,6%) хворих, в черевній порожнині – 18 (48,6%) хворих. При виникненні неспроможності стравохідного анастомозу в залежності від локалізації стравохідного анастомозу (в ділянці шиї, в грудній чи черевній порожнинах), розміру неспроможності та загального стану хворого та виду попереднього хірургічного втручання можливе застосування консервативного, ендоскопічного та хірургічного лікування. Лікування неспроможності стравохідного анастомозу не втрачає своєї актуальності і потребує індивідуального підходу в кожному окремому випадку. Дана робота носить проспективний характер і потребує більш поглибленого вивчення.

Ключові слова: езофагопластика, стравохідний анастомоз, неспроможність стравохідного анастомозу.

Хірургія стравоходу до теперішнього часу залишається одним з найбільш важких напрямків в хірургії шлунково-кишкового тракту. Це обумовлено перш за все високою післяопераційною летальністю (за даними різних авторів післяопераційна летальність після резекції шлунку і резекції стравоходу становить від 3,3 до 26,1%) [1, 2, 3]. Неспроможність стравохідно-кишкових анастомозів після операцій розвивається у 6,3–32,0%, стравохідно-шлункових – у 2,2–5,91% хворих [1, 2, 3].

Незважаючи на весь арсенал сучасного фармакологічного, анестезіологічного та хірургічного забезпечення залишається актуальним питання пошуку ефективних малоінвазивних способів лікування неспроможності стравохідного анастомозу. При виникненні неспроможності стравохідного анастомозу в залежності від локалізації стравохідного анастомозу (в ділянці шиї, в грудній чи черевній порожнинах), розміру неспроможності та загального стану хворого та виду попереднього хірургічного втручання можливе застосування консервативного, ендоскопічного та хірургічного лікування.

Мета роботи – аналіз результатів хірургічного лікування хворих, що потребують резекції стравоходу та шлунку, гастректомії з формуванням стравохідних анастомозів.

Матеріали та методи

Проведено вивчення та аналіз результатів хірургічного лікування хворих з неспроможністю стравохідного анастомозу після резекції стравоходу та шлунку, гастректомії з формуванням стравохідного анастомозу, які перебували на лікуванні у 1999–2016 роках у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». Середній вік пацієнтів склав 42,3±6,7 років (від 32 до 55 років).

Всі хворі були обстежені за стандартною схемою, що включає: клініко-анамнестичне дослідження, основні клініко-лабораторні та біохімічні показники крові, коагулограма, показники імунотропації 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 порожнини, комп'ютерна томографія органів грудної та черевної порожнини з використанням контрастної речовини, відеоендоскопія з забором біопсійного матеріалу та гістоморфологічні дослідження.

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

Результати та обговорення

Було обстежено 37 хворих з неспроможністю стравохідного анастомозу після резекції стравоходу та шлунку, гастректомії з формуванням стравохідного анастомозу. Серед них неспроможність стравохідного анастомозу спостерігалась в шийній ділянці у 4 (10,8%) хворих, в грудній порожнині – 15 (40,6 %) хворих, в черевній порожнині – 18 (48,6 %) хворих.

У 4 (10,8%) пацієнтів з протяжною післяопіковою рубцевою стриктурою стравоходу, яким було виконано розроблену в умовах клініки одномоментну резекцію стравоходу з езофагогастропластикою трансхіатальним доступом з формуванням єдиного стравохідного анастомозу на шії ускладнення виникли у вигляді часткової неспроможності езофагогастроанастомозу на 7–10 добу після оперативного втручання. При цьому у даних пацієнтів заведений інтраопераційно назогастральний зонд в зв'язку з неспроможністю не видалявся і в подальшому окрім вищезазначених функцій відмежовував зону анастомотичної неспроможності до її закриття. Даним хворим проводились регулярні перев'язки та санаційні заходи зони неспроможності розчинами антисептиків. При цьому закриття зони анастомотичної неспроможності відбулося на 10 добу після її виникнення.

Накладання лише одного анастомозу на шії 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 в черевній та плевральній порожнинах.

Неспроможність стравохідних анастомозів в грудній порожнині виникла у 15 (40,6%) хворих. Після резекції стравоходу з пластикою стравоходу по Льюїсу з приводу раку стравоходу неспроможність стравохідного анастомозу виникла у 4 (10,8%) пацієнтів. Після субтотальної проксимальної резекції шлунку та дистальної резекції стравоходу (з накладанням езофагогастроанастомозу з абдомінального доступу) з приводу раку кардіального відділу шлунку неспроможність стравохідного анастомозу виникла у 7 (18,9%) пацієнтів. Після дистальної резекції стравоходу з приводу післяопікової рубцевої стриктури грудного та/чи абдомінального відділу стравоходу неспроможність стравохідного анастомозу виникла у 4 (10,8%) пацієнтів.

Слід зазначити, що у 3 (8,1%) хворих з частковою неспроможністю стравохідного анастомозу в грудній порожнині на третю-п'яту післяопераційну добу вдалося вилікувати її консервативним шляхом. При цьому застосовувався метод «відмежовування» зони неспроможності заведеним інтраопераційно назогастральним зондом за зону анастомозу. Назогастральний зонд видалявся у проміжку з 14-ї по 17-ту післяопераційну добу

після клінічного та рентгенологічного підтвердження закриття дефекту неспроможності стравохідного анастомозу. У даних трьох пацієнтів відзначався однобічний ексудативний плеврит, що підлягав періодичним санаційним плевральним пункціям під рентгенологічним та ультразвуковим контролем.

У 7 (18,9%) хворих з частковою неспроможністю стравохідного анастомозу в грудній порожнині, що виникала на 7–9-ту післяопераційну добу було використано ендоскопічне стентування. Міграції стенту в жодному випадку не відзначалося. Після рентгенологічного підтвердження закриття дефекту анастомотичної неспроможності стент видалявся з наступним рентгенологічним контролем верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з рентген-контрастною речовиною.

5 (13,5%) хворих з повною неспроможністю стравохідного анастомозу в грудній порожнині підлягали активній хірургічній тактиці. Після проведення короткої інтенсивної інфузійної передопераційної підготовки виконується повторне хірургічне втручання: роз'єднання анастомозу з накладенням шийної езофагостоми і абдомінальної гастростоми або резекція неспроможного анастомозу з накладенням нового – у 2 (5,4%) хворих та трансхіатальна екстирпація стравоходу без торакотомії – у 3 (8,1%) хворих. Такої тактики притримуються багато авторів [4, 5, 6, 7, 8]. До недоліків такої тактики лікування слід віднести високу летальність повторного оперативного втручання, неможливість накладення повторного анастомозу в умовах запалених тканин, а також високий рівень внутрішньооперально гнійно-септичних ускладнень [4, 9]. У хворих з трансхіатальною екстирпацією стравоходу без торакотомії в одному (2,7%) випадку відзначалось виникнення гнійного запалення післяопераційної рани та в одному (2,7%) – виникнення гострої серцево-дихальної недостатності, яка стала причиною смерті хворого.

У 18 (48,6%) пацієнтів неспроможність стравохідного анастомозу виникла після проксимальної резекції шлунку та гастректомії з приводу раку шлунку з формуванням стравохідного анастомозу в черевній порожнині.

При цьому у 3 (8,1%) хворих з частковою неспроможністю стравохідного анастомозу в черевній порожнині, що виникала на третю-п'яту післяопераційну добу вдалося вилікувати її консервативним шляхом. При цьому застосовувався метод «відмежовування» зони неспроможності заведеним інтраопераційно назогастральним зондом за зону анастомозу. Назогастральний зонд видалявся у проміжку з 14-ї по 17-ту післяопераційну добу після клінічного та рентгенологічного підтвердження закриття дефекту неспроможності стравохідного анастомозу.

У 5 (13,5%) хворих з частковою неспроможністю стравохідного анастомозу в грудній порож-

нині, що виникала на 7–11-ту післяопераційну добу було використано ендоскопічне стентування. У одного (2,7%) хворого відмічено міграцію стенту. Це потребувало повторної ендоскопічної маніпуляції з видаленням мігрованого стенту та повторного ендостентування. Після рентгенологічного підтвердження закриття дефекту анастомотичної неспроможності стент видалявся з наступним рентгенологічним контролем верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з рентген-контрастною речовиною.

У решти 10 (27%) хворих застосовувалась активна хірургічна тактика. Проводилась релапаротомія з санацією черевної порожнини, резекцією неспроможного анастомозу та формуванням нового анастомозу – у 7 (18,9%) хворих та формуванням езофагостоми на шії і гастростоми – у 3 (8,1%) хворих. Троє (8,1%) хворих зі сформованими двома стомами (езофагостома на шії – для відведення слини та гастростоми для годування хворого) в подальшому підлягали реконструктивному етапу лікування. Один (2,7%) з них на 6 місяці після оперативного втручання помер

внаслідок *prolongatio morbi* з дисимінацією онкологічного процесу та розвитком кахексії і поліорганної недостатності. В післяопераційному періоді у хворого (2,7%) з резекцією неспроможного анастомозу та формуванням нового езофагогастроанастомозу виникла поліорганна недостатність, яка стала причиною смерті хворого. У двох (5,4%) хворих відзначалось гнійне запалення післяопераційної рани, що виліковувалось консервативними та місцевими санаційними засобами.

Висновки

Підсумовуючи вищезазначені дані, лікування неспроможності стравохідного анастомозу не втрачає своєї актуальності і потребує індивідуального підходу в кожному окремому випадку. Тактика ведення хворих залежить від локалізації стравохідного анастомозу, розміру неспроможності анастомозу, загального стану хворого та виду попереднього хірургічного втручання. Дана робота носить проспективний характер і потребує більш поглибленого вивчення.

Список літератури

1. Давыдов М. И. Рак пищевода / М. И. Давыдов, И. С. Стилиди. – Москва: Практическая медицина, 2007. – 392 с.
2. Черноусов А. С. Хирургия рака желудка / А. С. Черноусов, Ф. А. Поликарпов. – Москва: АСТ, 2004. – 336 с.
3. Эндопротезирование при лечении осложненных сформированных пищеводных анастомозов / [В. В. Бойко, Е. А. Новиков, С. А. Савви та ін.]. // Український Журнал Хірургії. – 2011. – № 3. – С. 160–162.
4. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 24–28.
5. Фомін П. Д. Хірургічні аспекти кардіоезофагеального раку, що ускладнився гострою кровотечею / П. Д. Фомін, П. В. Іванов, О. В. Заславський // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4. – С. 303–305.
6. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов // М.: Медицина, 2000. – 350 с.
7. Чернявский А. А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода / А. А. Чернявский, Н. А. Лавров // Нижний Новгород: Деком, 2008. – 360 с.
8. Трансхиатальная экстирпация пищевода при несостоятельности пищеводных анастомозов и повреждениях пищевода, осложненных медиастинитом / [В. В. Бойко, С. А. Савви, Ю. В. Иванова та ін.]. // Харківська хірургічна школа. – 2016. – № 2. – С. 52–55.
9. Orringer M. B. Esophagectomy without thoracotomy / M. B. Orringer, H. Sloan. // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 1978. – № 76. – P. 643–654.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2016

В. В. Бойко^{1,2}, С. А. Савви^{1,2}, С. В. Вьон², Е. А. Новиков³, А. Ю. Бодрова², В. В. Жидецкий¹, А. Б. Старикова¹, П. Д. Янгибаев²

¹ Государственное учреждение «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева национальной академии медицинских наук Украины»

² Харьковский национальный медицинский университет

³ Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА

Несостоятельность пищеводных анастомозов после операций развивается у 2,2–32,0% больных. Проведено изучение и анализ результатов лечения 37 больных с несостоятельностью пищеводного анастомоза после резекции пищевода и желудка, гастрэктомии с формированием пищеводного анастомоза. Среди них несостоятельность пищеводного анастомоза в шейной области отмечено у 4 (10,8%) больных, в грудной полости – у 15 (40,6%) больных, в брюшной полости – у 18 (48,6%) больных. При возникновении несостоятельности пищеводного анастомоза в зависимости от лока-

лизации пищевода (в области шеи, в грудной или брюшной полостях), размера несостоятельности и общего состояния больного и вида предыдущего хирургического вмешательства возможно применение консервативного, эндоскопического и хирургического лечения. Лечение несостоятельности пищевода не теряет своей актуальности и требует индивидуального подхода в каждом отдельном случае. Данная работа носит проспективный характер и требует более углубленного изучения.

Ключевые слова: эзофагопластика, пищеводный анастомоз, несостоятельность пищевода, несостоятельность анастомоза.

V. V. Boyko^{1,2}, S. O. Savvi^{1,2}, S. V. Viun², E. A. Novikov³, A. Y. Bodrova², V. V. Zhydetskyi¹, A. B. Starikova¹, P. D. Yanhibayev²

¹ State Institution "V. T. Zaitsev Institute of General and Urgent Surgery of National Academy of Medical Sciences of Ukraine"

² Kharkiv National Medical University

³ V. N. Karazin Kharkiv National University

FEATURES OF THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL ANASTOMOTIC LEAKAGE

Esophageal anastomotic leakage after surgery occurs in 2,2–32,0% of patients. The research and analysis of treatment's results of 37 patients with esophageal anastomotic leakage after resection of esophagus and stomach, gastrectomy with formation of esophageal anastomosis. Esophageal anastomotic leakage in the cervical area were observed in 4 (10.8%) patients, in the chest cavity – in 15 (40.6%) patients, in the abdominal cavity – in 18 (48.6%) patients.

Conservative, endoscopic and surgical treatment of esophageal anastomotic leakage after surgery was depended on the localization of esophageal anastomoses (in the neck, chest or abdominal cavities), size of anastomotic leakage and general condition of the patient and the type of previous surgery.

Treatment of esophageal anastomotic leakage does not lose its relevance and it requires an individual approach to each case. This work is prospective and it requires of more in-depth study.

Keywords: esophagoplasty, esophageal anastomosis, esophageal anastomotic leakage.