

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

А.А. Самаков¹, Т.А. Акматов², К.С. Сыдыгалиев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев¹, Б. Кадыраалы¹, А. Жумабекова¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

²Национальный хирургический центр МЗ КР

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kssydygalievnses@gmail.com

Резюме. Изучены результаты и анализ хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода у 12-и больных НХЦ МЗ КР. 7-ми пациентам проведен ретростернальный эзофагоколоанастомоз, четырем пациентам проведена экстирпация пищевода с полным замещением по заднему средостению и эзофагогастроанастомоз, одному пациенту был наложен фарингокологастроанастомоз.

Ключевые слова: постожоговая стриктура пищевода, хирургическое лечения, эзофагоколоанастомоз.

КЫЗЫЛ ӨНГӨЧТҮН КҮЙҮКТӨН КИЙИНКИ СТРИКТУРАСЫНЫН (БҮТӨЛҮП КАЛЫШЫ) ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

А.А. Самаков¹, Т.А. Акматов², К.С. Сыдыгалиев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев¹, Б. Кадыраалы¹, А. Жумабекова¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Госпиталдык хирургия жана оперативдик хирургия курсу кафедрасы

²Улуттук хирургиялык борбору

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Улуттук хирургия борборунда 12 оруулуга кызыл өңгөчтүн күйүктөн кийинки стриктурасы (бүтөлүк калышы) боюнча хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыгы изелденген. 7 оруулуга ретростерналдык эзофагоколоанастомоз, 4 оруулуга кызыл өңгөч толук алынып анын ордуна көкурөк көнгөйдун арт жагына эзофагогастроанастомоз жана 1 оруулуга фарингокологастроанастомоз салыган.

Негизги сөздөр: кызыл өңгөчтүн күйүктөн кийинки бүтөлүшү, хирургиялык дарылоо, эзофагоколоанастомоз.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POST-BURNS ESOPHAGEAL SCAR STRUCTURE

A.A. Samakov¹, T.A. Akmatov², K.S. Sydigaliev¹, A.T. Toygonbaev¹,
A.K. Mambetov¹, M.M. Bigishiev¹, B. Kadyraaly¹, A.Zhumabekova¹

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

Dep. of hospital surgery with operative surgery course

²National Surgical Center

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The results and analysis of surgical treatment of post-burn cicatricial strictures of the esophagus in 12 patients with the NHC of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic were studied. 7 patients underwent retrosternal esophagocoloanastomosis, four patients underwent extirpation of the esophagus with complete replacement of the posterior mediastinum and esophagogastric anastomosis, and one patient was subjected to pharyngocoloanastomosis.

Key words: post-burn esophageal stricture, surgical treatment, esophagocoloanastomosis.

Актуальность. Хирургическое лечение постожоговых рубцовых стриктур пищевода остается актуальной проблемой в хирургии. Лечение пациентов с постожоговыми рубцовыми стриктурами является наиболее тяжелым и сложным в экстренной хирургии. Актуальность и социальная значимость данной проблемы связана с тем, что чаще страдают постожоговыми рубцовыми стриктурами лица трудоспособного молодого возраста.

По данным литературы ожоги пищевода коррозивными веществами, приводят к рубцовым стриктурам у 40-75% больных [1,2].

По данным МЗ РФ химические ожоги верхних отделов желудочно-кишечного тракта занимают от 14% и до 87,%. Около 85% больных постожоговыми стриктурами пищевода лица трудоспособного возраста [3].

Развития рубцовых стриктур после ожога пищевода занимают второе место после онкологических патологий.

Основным методом лечения постожоговых стриктур пищевода остается бужирование рубцовых стриктур 80-90% [4].

Частота перфораций пищевода при бужировании составляет от 1 до 13%, а в 11% случаев возможно кровотечение из пищевода и желудка [5]. Важно отметить, что при неэффективности бужирования пищевода пластика сегментом толстой кишки остается одним из способов улучшить качество жизни больных.

Послеоперационная летальность при пластике пищевода составляет от 3% до 30%, в зависимости от вида вмешательства [6].

Сложность тактики лечения этих больных в немалой степени обусловле-

на трудностью выбора трансплантата. Разработка и внедрения новых методов формирования пищеводно-желудочных анастомозов позволит улучшить проблему постожоговых рубцовых стриктур пищевода [7,8].

Целью работы является: изучить результаты хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода, для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы исследования

В НХЦ МЗ КР за период с 2011 по 2016 гг. выполнена пластика пищевода сегментом толстой кишки и желудком 12-ти больным с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищеводами (ПРСП). Все пациенты с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищеводами лечились в Национальном хирургическом центре МЗ КР. Причиной развития ПРСП в основном является суицид. В наших наблюдениях у 9-ти пациентов развилась постожоговая стриктура пищевода после суицида, а у 3-х – случайно.

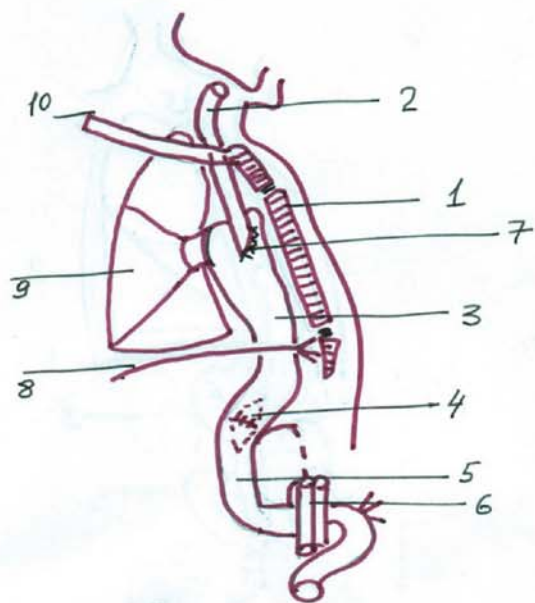
Возраст пациентов составил, женщины от 18 до 27 лет, мужчины от 27 до 32 лет. Среди них, женщин 10 (83,3%) и 2 (16,7%) мужчин.

Все пациенты обратились с жалобами на дисфагию, похудание и слабость,

из них три пациента с гастростомой, остальные после неоднократного бужирования пищевода. В Национальном хирургическом центре всем пациентам проведено обследование ЭГДС-копия, R-исследования пищевода, желудка и 12 перстной кишки, при этом выявлены уровни стриктур пищевода, что нам позволило выбрать способ оперативного вмешательства - формирования эзофагоколоанастомоза или эзофагогастроанастомоза.

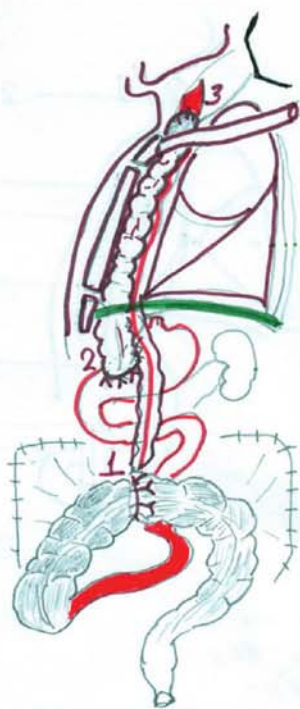
По результатам наших наблюдений у 9-ти пациентов установлена стриктура в проекции средней трети пищевода на уровне бифуркации трахеи, у 1-го пациента в абдоминальной части, а у 1-го пациента на всем протяжении пищевода, и у 2-х пациентов в области кардиального жома.

В условиях Национального хирургического центра МЗ КР нами выполнены следующие виды пластики пищевода. Ретростернальный эзофагоколоанастомоз был наложен 7-ми пациентам, 4-м пациентам проведена экстирпация пищевода с полным замещением по заднему средостению и эзофагогастроанастомоз, одному пациенту был наложен фарингокологастроанастомоз (ретростернальный) (Рис. 1, 2).



1. Грудина
2. Пищевод
3. Желудок
4. Пилоро-дуоденопластика
5. 12 перстная кишка
6. Art. et ven. M. superior
7. Эзофаго-гастростомия
8. Диафрагма
9. Правое легкое
10. Ключица

Рис. 1. Эзофагогастроанастомоз с пилородуоденопластикой.



1. Коло-коло анастомоз
2. Коло-гастро анастомоз
3. Эзофаго-коло анастомоз

Рис. 2. Виды применяемых анастомозов.

Трансплантат для пластики пищево- ной и нисходящего отделов толстого да выкраивался из поперечно-ободоч- кишечника (Рис. 3).

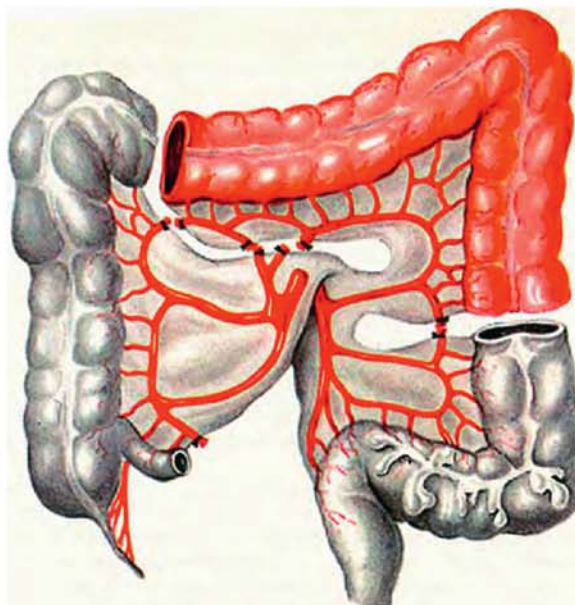


Рис. 3. Схема выкраивания трансплантата из толстой кишки по Исакову Ю.Ф. (1977) [3].

Результаты и их обсуждение

Всем пациентам для пластики пищевода проводилась сегментом colon transversum с сохранением arteria colica media и colica sinistra. В раннем послеоперационном периоде у 2-х пациентов развилась несостоятельность передней стенки эзофагоколонанастомоза в области шейного отдела пищевода, которые купированы консервативным способом, у 2-х пациентов которым была проведена экстирпация пищевода и у 2-х пациентов с эзофагогастроанастомозом после торакатомии справа, наблюдался реактивный плеврит справа, который лечился антибактериальными препаратами. Летальных исходов не было. При формировании эзофагогастроанастомоза (ЭГА) всем пациентам одновременно проведена пилорoduоде-нопластика с целью профилактики развития анастомозита (ЭГА).

В отдаленном послеоперационном периоде мы пригласили пациентов для проведения эндоскопического исследования и рентген-исследования пищевода, толстокишечного трансплантата и желудка, органических изменений не было выявлено.

Таким образом, пластика постожоговых стриктур пищевода по показаниям, является одним из выборов хирургического лечения.

Выводы:

1. Постожоговые стриктуры по нашим данным у 80% пациентов развиваются после попытки суицида, чаще всего после приема уксусной эссенции.
2. Реконструктивно-восстановительные операции при постожоговых стриктурах с применением пластической операции: с использованием толстого кишечника, желудка, которые были проведены в НХЦ, дали хорошие результаты.

Литература

1. Опыт 1100 пластик пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, С.А. Домрачев, П.М. Богопольский // Хирургия.- 1998. - №6.- С. 21-25.
2. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф.А. Черноусов, Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева, А.Л. Шестаков // *Endo Хирургия. XI съезд хирургов России: сборник тезисов.* – М., 2010. – С. 15–18.
3. Булегенов Т.А. Исследование качества жизни больных с рубцовой стриктурой пищевода / Т.А. Булегенов. – 2009. – 10 с.
4. Мяукин Л.Я. Современное состояние проблемы ожоговых рубцовых сужений пищевода и возможности эндоскопических методик восстановления его проходимости / Л.Я. Мяукин, А.В. Филин // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.* – 2015. - Т. 7. - № 4. - С. 58-65.
5. Королев М.П. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода / М.П. Королев, Л. Е. Федотов, А. А. Смирнов // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова.* – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 58–64.
6. Бакиров А.А. Пластика пищевода при его доброкачественных сужениях / А.А. Бакиров // *Вестник современной клинической медицины* – 2009. – Т. 2. - №2. - С. 37-40.
7. Исаков Ю.Ф. Лопухин Ю.М. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. / Ю.Ф. Исаков, Ю.М. Лопухин. – М., 1977. – 622 с.
8. Волобуев Н.Н. Опыт хирургического лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода // *Клиническая хирургия.*- 2002.- № 1.- С. 20-22.