

© Ч.М.Джафаров, Э.Ч.Джафаров, 2007
УДК 616.329-001.37-06:616.329-007.271-089.168

Ч.М.Джафаров, Э.Ч.Джафаров

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Ч.М.Джафаров) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

Ключевые слова: стриктуры пищевода, результаты эзофагопластики.

Введение. Замещение рубцово-измененного пищевода после химического ожога полыми органами, восстановление приема пищи естественным путем, улучшение качества жизни больных является сложной проблемой клинической хирургии. Разработаны и внедрены в клиническую практику различные варианты пластики пищевода [1–4] с использованием тонкой и толстой кишки, желудка. Оценка результатов эзофагопластики возможна на основании изучения как ближайших, так и отдаленных исходов хирургического вмешательства.

Цель исследования — изучение ближайших и отдаленных результатов различных видов эзофагопластики у больных с рубцовыми стриктурами после химического ожога пищевода.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ результатов эзофагопластики у 80 больных (в возрасте 5–70 лет, мужчин — 51, женщин — 29) со стриктурой пищевода после химического ожога. В раннем послеоперационном периоде от различных осложнений умерли 10 больных. Поправились и выписались из клиники 70 человек, которые находились под нашим наблюдением в сроки от 6 мес до 17 лет.

В зависимости от вида эзофагопластики больные были распределены на 3 группы: с тонкокишечной пластикой — 5, пластикой желудком — 35 и пластикой толстой кишкой — 40.

В отдаленном периоде проводились общеклинические, лабораторные, эндоскопические, рентгенологические и морфологические методы обследования.

Результаты и обсуждение. Пластика пищевода тонкой кишкой. В 60-е годы прошлого столетия нашими учителями (проф. М.А.Топчибашев, проф. Ф.А.Эфендиев, проф. Г.К.Алиев) у 8 больных была предпринята попытка выполнить эзофагопластику тонкой

кишкой. В полном объеме это удалось сделать у 5 из них, расположив трансплантат предгрудинно. У остальных 3 пациентов искомый результат не был достигнут из-за недостаточной длины трансплантата или возникших в нем трофических изменений. В этих случаях были вынуждены прибегнуть к повторной операции с использованием уже толстой кишки.

Отдаленные результаты тонкокишечной пластики изучены у всех 5 больных в сроки от 35 до 50 лет.

На протяжении этого довольно длительного периода времени функция искусственного пищевода у всех больных оставалась сравнительно удовлетворительной. Вместе с тем периодически наблюдались усиление его перистальтики, локальные спазмы и вздутия, кратковременная задержка пищи в расширенных, извилистых петлях кишки и их медленное опорожнение в желудок, диарея. Все пациенты выполняли домашнюю работу и занимались легким трудом, но косметический эффект операции всегда вызывал подавленное настроение.

Через 35–45 лет после операции 3 больных обратились в клинику в связи с возникшей дисфагией и наличием свища в области пищеводно-кишечного анастомоза на шее. При исследовании диагностирован рак. Одному из них сформирована еюностома на груди ниже пищеводно-тонкокишечного анастомоза, другому — гастростоме. Историю болезни третьего больного приводим подробно.

Больной М., 32 лет, поступил в клинику 10.11.1990 г. с жалобами на дисфагию, приступы кашля при приеме пищи и наличие свища на шее со слизисто-мутным выделением. В 2-летнем возрасте случайно выпил поташ. В 1960 г. в связи со стриктурой пищевода проф. М.А.Топчибашевым была наложена гастростоме, а в дальнейшем выполнена предгрудинная тонкокишечная пластика. Спустя 22 года (в 1982 г. в Москве) кишечный трансплантат соединен с шейным

отделом пищевода и анастомозирован с желудком. В течение 5 лет функция искусственного пищевода была вполне удовлетворительной. Однако затем возник стеноз анастомоза. Многократные пластические вмешательства по расширению соустья носили кратковременный успех. Ситуация еще в большей степени усложнилась развитием пищеводно-трахеального свища. Предпринято радикальное хирургическое вмешательство — резекция пищеводно-кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей и зашивание свища трахеи. В течение 3 лет чувствовал себя хорошо, питался, прибавил в весе, занимался легким физическим трудом. Затем вновь появились приступы кашля во время приема пищи, образовался свищ на коже. При рентгенологическом, эндоскопическом и гистологическом исследовании обнаружен плоскоклеточный рак собственного (не удаленного) рубцово-измененного после химического ожога пищевода. В течение 8 мес проводилось симптоматическое лечение. Больной умер.

Представленный пример показывает, что в обожженной химическим веществом слизистой оболочке пищевода через длительное время происходит трансформация эпителия и развивается раковый процесс. Сужение и повторное образование трахеального и кожного свища связаны с продолжающимся опухолевым процессом в выключенном и оставленном в заднем средостении рубцово-измененном пищеводе.

Данный пример еще раз показывает, что после шунтирующих пластик для предупреждения в дальнейшем развития ракового процесса рубцово-измененный пищевод подлежит удалению.

Пластика пищевода толстой кишкой. Такой вид эзофагопластики произведен у 40 больных. У 14 из них операция выполнена одномоментно. У остальных 26 она носила многоэтапный характер. Собственный рубцово-измененный пищевод удален у 2 больных.

Во всех случаях трансплантат формировался из левой половины ободочной кишки в изоперистальтическом (25) или антиперистальтическом (15) направлении. У 38 больных его располагали за грудной клеткой, у 2 — в плевральной полости. В раннем послеоперационном периоде от различных осложнений (некроз трансплантата — 1, несостоятельность швов анастомоза, медиастинит, перитонит — 3) умерли 4 больных (10%). Частичная несостоятельность швов пищеводно-толстокишечного анастомоза наблюдалась у 5 (12,5%) больных, которая ликвидирована консервативным путем.

У 2 больных в ближайшем послеоперационном периоде (через 12 и 20 дней) развилась картина острой кишечной непроходимости, и они были оперированы в экстренном порядке, с последующим выздоровлением. В удовлетворительном состоянии из клиники выписаны 36 больных.

У 2 больных соответственно через 4 и 7 мес после одномоментной колопластики установлен стеноз антрального отдела желудка в связи с про-

должением ожогового процесса в желудке. Эти больные были повторно оперированы. Одному из них наложен гастроэнтероанастомоз, другому — выполнена резекция антрального отдела желудка по Бильрот-I.

У 2 больных соответственно через 4 мес и 6 лет развился стеноз пищеводно-толстокишечного анастомоза. Этим больным успешно выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство: рубцовые ткани вокруг и передняя стенка суженного анастомоза иссечены, просвет пищевода и трансплантата расширен и зашит в поперечном направлении однорядным прерывистым швом из рассасывающегося материала.

Отдаленные результаты колопластики оценены как хорошие — у 22 больных, удовлетворительные — у 13 и неудовлетворительные — у 1 больной (прием пищи был затруднен и требовалось периодическое бужирование).

Пластика пищевода желудком. Этот вид эзофагопластики выполнен 35 больным. В связи с тяжелой алиментарной недостаточностью предварительно 7 из них была наложена гастростома. Желудочный трансплантат формировался из большой кривизны желудка.

У 21 из 35 больных операция произведена из лапаротомно-шейного доступа с формированием пищеводно-желудочного анастомоза на шее. Среди этой группы оперированных в раннем послеоперационном периоде умерли 4 человека (несостоятельность швов анастомоза, медиастинит, эмпиема плевры — 2, сердечная недостаточность — 1, двусторонняя аспирационная пневмония — 1), что составляет 19%. У 5 больных наблюдалась частичная несостоятельность швов анастомоза, ликвидированная консервативными мероприятиями.

У остальных 14 больных эзофагопластика выполнена из лапаротомного и правостороннего торакотомического доступов с формированием анастомоза в плевральной полости. В этой группе умерли 2 больных (14,22%) и оба от несостоятельности швов анастомоза. Общая летальность после гастроэзофагопластики составила 17,1%. Отдаленные результаты эзофагогастропластики расценены как хорошие — у 22 больных, удовлетворительные — у 6 и неудовлетворительные — у 1 пациентки.

У 2 из 6 больных с удовлетворительными результатами в отдаленном периоде соответственно через 4 мес и 10 лет развился рубцовый стеноз анастомоза на шее. Этим больным была выполнена резекция пораженного участка с формированием нового анастомоза между пищеводом и желудочной трубкой.

К неудовлетворительному результату лечения мы отнесли случай стойкого сохранения пищевого свища на шее, несмотря на неоднократные хирургические вмешательства.

Сравнивая ближайшие и отдаленные результаты 3 видов эзофагопластики, мы пришли к заключению, что более совершенной является пластика желудочной трубкой, выкроенной из большой кривизны желудка. При этом проведение операции предпочтительно из абдоминоцервикального доступа с размещением трансплантата в ложе удаленного пищевода и формированием пищевода анастомоза на шее. При невозможности использования желудка в пластических целях с высокой степенью надежности может быть использована толстая кишка. Тонкокишечная эзофагопластика в настоящее время потеряла свою актуальность и применяется крайне редко, ввиду сложности формирования из нее трансплантата большой длины.

Наряду с созданием нового пищевода, во всех случаях следует стремиться к удалению обожженного рубцово-измененного пищевода. Оставление последнего чревато возможностью развития в нем раковой опухоли.

Выводы. 1. Выбор трансплантата для замещения рубцово-измененного пищевода зависит от состояния тяжести больного, протяженности стриктуры и должен решаться индивидуально. Различные виды эзофагопластики у больных с рубцовым сужением пищевода после химического ожога восстанавливают прием пищи естественным путем, улучшают качество жизни.

2. Отдаленные хорошие функциональные результаты имеют место у 70,7% больных после гастро- и колоэзофагопластики. Эти больные

свободно принимают любые виды пищи, восстанавливается трудоспособность.

3. Удовлетворительные результаты после гастро- и колоэзофагопластики встречаются у 26,1% больных. Больные отмечают кратковременное затруднение при прохождении грубой пищи, занимаются легким трудом.

4. Неудовлетворительные результаты встречаются в 3,2% случаев.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия.—2001.—№ 5.—С. 18–24.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю. и др. Искусственный пищевод у детей // Хирургия.—2003.—№ 7.—С. 6–16.
3. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков Н.А. и др. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Там же.—С. 50–54.
4. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Байдан В.В., Сажиенко В.В. Сравнительная оценка различных способов эзофагогастропластики // Хирургия.—2005.—№ 12.—С. 36–39.

Поступила в редакцию 23.03.2007 г.

Ch.M.Dzhafarov, E.Ch.Dzhafarov

THE NEAREST AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SCARRY STRICTURES OF THE ESOPHAGUS AFTER CHEMICAL BURN

Results of esophagoplasty (small intestine — 5, stomach — 35, colon — 40) were studied in 80 patients with scarry stricture of the esophagus. The development of cancer in the burned esophagus was established in 3 out of 5 patients in 35–45 years after operation. Good and satisfactory results were obtained in 97.8% of the patients within the period from 5 to 17 years after gastro- and coloesophagoplasty. Unsatisfactory results were found in 3.2%. Total lethality after esophagoplasty was 12.5%.