

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

[Ю.В. Чикинев^{1,2}, Е.А. Дробязгин^{1,2}, И.В. Беркасова^{1,2}, А.В. Кутенов^{1,2}](#)

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития (г. Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

(г. Новосибирск)

Пластика пищевода при его доброкачественных заболеваниях и раке выполнена 171-му пациенту (рубцовое послеожоговое сужение пищевода — 116-ти, ахалазия пищевода — 32-м, пептическая стриктура пищевода — 9-ти, рак пищевода — 14-ти). Выполнены оперативные вмешательства — экстирпация пищевода с пластикой желудочной трубкой (93), экстирпация с пластикой левой половиной ободочной кишки (4), субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика (74). Функциональные результаты хирургического лечения оценены по состоянию пищеводных анастомозов и трансплантата. Каждому виду эзофагопластики свойственны «специфические» состояния, приводящие к различному снижению качества жизни. Возникающие в различные сроки после эзофагопластики функциональные и органические нарушения требуют различных способов коррекции.

Ключевые слова: пластика пищевода, болезни искусственного пищевода, рак пищевода, заболевания пищевода.

Чикинев Юрий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

Дробязгин Евгений Александрович — доктор медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Беркасова Инесса Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Кутепов Антон Вадимович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», торакальный хирург, отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

Введение. Современное развитие хирургии, анестезиологии и реаниматологии позволило расширить показания к пластике пищевода при его доброкачественных и злокачественных заболеваниях [1, 2, 5–7, 9]. В настоящее время оптимальным у данной категории больных является выполнение одномоментной операции [2, 6, 9]. Нарушение питания и как следствие снижение массы тела требуют проведения предоперационной подготовки. Для оценки нутритивного статуса применяются клиничко-анамнестические и лабораторные данные [3, 4, 8, 10].

Однако существует много спорных вопросов: отсутствуют четкие показания к различным видам эзофагопластики и способам размещения трансплантата. Отдаленные результаты хирургического лечения остаются недостаточно изученными [1, 2, 7].

Материал и методы исследования. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» с 1994 по 2011 год пластика пищевода выполнена 171-му пациенту (114 мужчин, 57 женщин). Возраст от 16 до 69 лет, в среднем $(43,94 \pm 12,15)$ лет. Основная масса пациентов 125 (73,09 %) трудоспособного возраста.

Количественный состав пациентов в зависимости от нозологии представлен в табл. 1.

Таблица 1

Показания к пластике пищевода

Диагноз до операции	Всего больных	
	N	%
Рубцовое послеожоговое сужение пищевода	116	67,83
Пептическая стриктура пищевода	9	5,26
Ахалазия пищевода	32	18,71
Рак пищевода	14	8,19
Всего	171	100

Давность заболевания при послеожоговом сужении пищевода составила от 1 месяца до 31 года, причем пик больных приходился на первые 2 месяца, что объясняется началом развития рубцового процесса в пищеводе.

Среди оперированных пациентов с рефлюкс-эзофагитом и пептическими стриктурами у четырех имело место сочетание пептического сужения пищевода с пищеводом Барретта, подтвержденное при патоморфологическом исследовании биоптатов слизистой пищевода (метаплазия по кишечному типу).

У всех пациентов со злокачественным поражением пищевода диагноз был подтвержден данными рентгено-эндоскопического и патоморфологического исследований.

В рамках предоперационной подготовки у всех пациентов оценивали нутритивный статус на основе клинико-anamnestических и лабораторных данных. При определении энергопотребности в предоперационный период ориентировались на физиологический уровень — 25 ккал/кг/сутки, количество белка для старт-терапии — 1 г/кг/сутки.

Потребность в белке: (г/сут) = (мочевина мочи $\times$ 0,028) г/сут + 4 г (внепочечные потери) + 2–4 г на анаболические процессы $\times$ 6,25

Большинству пациентов устанавливали назогастральный зонд для питания, через который вводили стандартную энтеральную смесь. Если функция приема пищи была сохранена (пациенты с опухолевыми заболеваниями), к обычной диете в качестве дополнительного питания назначали специализированную высокобелковую гиперкалорическую энтеральную смесь для перорального приема методом сипинга (через трубочку). Виды оперативных вмешательств представлены в табл. 2.

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств, выполненных пациентам

Вид выполненного оперативного вмешательства	Всего больных	
	N	%
Экстирпация пищевода с пластикой желудочной трубкой	93	54,38
Субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика левой половиной ободочной кишки	74	43,27
Экстирпация пищевода с пластикой левой половиной ободочной кишки	4	2,35
Всего	171	100

При выполнении экстирпации пищевода при ахалазии, рубцовом и пептическом сужении операция выполнялась из двух доступов — шейного и транسخиатального. В одном случае пришлось выполнить торакотомию справа в связи с выраженным склерозирующим процессом в заднем средостении. У 14-ти пациентов со злокачественным поражением пищевода оперативное вмешательство выполнялось из трех доступов (верхне-срединная лапаротомия, торакотомия, цервикотомия слева) с выполнением лимфодиссекции в средостении. Желудочную трубку формировали по ходу большой кривизны желудка шириной 2,5–3 см. Трансплантат проводили в ложе удаленного пищевода.

Эзофагоколопластика выполнена 78-ми пациентам: экстирпация пищевода — четырем, субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика — 74-м. Показанием к использованию толстой кишки в качестве пластического материала являлись невозможность использования желудка в качестве пластического материала у 35-ти; сочетание рубцового сужения пищевода и стеноза выходного отдела желудка; выраженный рубцово-спаечный процесс в заднем средостении (перфорация пищевода при бужировании, тяжелый ожог пищевода) у 43-х.

У всех пациентов «верхний» анастомоз искусственного пищевода из толстой кишки был наложен с цервикальным отделом нативного пищевода. Тип формирования анастомоза «конец-в-бок» (77 пациентов), «бок-в-бок» (1). Дистальный анастомоз был сформирован с желудком у 69-ти больных, с тонкой кишкой (с отводящей петлей гастроэнтероанастомоза) у шести, с двенадцатиперстной кишкой у трех.

В раннем послеоперационном периоде питание пациентов осуществлялось через зонд, установленный после эзофагогастропластики на 10–15 см ниже связки Трейца в течение 6–7 суток. Затем зонд удалялся, выполнялась рентгеноскопия искусственного пищевода. Прием пищи через рот разрешался при отсутствии дефекта в зоне анастомозов.

Результаты и обсуждение. Подробная характеристика осложнений в зависимости от вида пластики представлена в табл. 3.

Таблица 3

Осложнения раннего послеоперационного периода

№	Осложнение	Пластика желудком	Эзофагоколопластика	Итого
1.	Несостоятельность швов в зоне анастомоза	6	17	23
2.	Плеврит	2	1	3
3.	Пневмония	3	2	5
4.	Осиплость голоса	1	2	3
5.	Полный некроз трансплантата	—	1	1
6.	Частичный некроз трансплантата	—	1	1
7.	Несостоятельность трансплантата	1	—	1
8.	Нагноение раны на шее или животе	1	1	2
Всего		14	25	39

Частичная несостоятельность швов в зоне анастомоза на шее выявлена в сроки до семи суток с момента операции. Дефект закрылся самостоятельно. До полного заживления анастомоза питание осуществлялось через назоинтестинальный зонд.

У двух пациентов на третьи и четвертые сутки после выполнения субтотальной шунтирующей пластики диагностирован некроз трансплантата (1 — полный, 1 — частичный на протяжении 5 см). При полном некрозе его причиной явился венозный тромбоз ножки трансплантата. Выполнено удаление некротизированного трансплантата, дренирование переднего средостения.

В раннем послеоперационном периоде умерло 8 пациентов (4 — колопластика, 4 — гастропластика). Причинами смерти были: несостоятельность колоколоанастомоза, перитонит (3), полиорганная недостаточность (4), тяжелая двухсторонняя пневмония (1).

Функциональные результаты хирургического лечения оценены по состоянию пищеводных анастомозов и трансплантата у 147-ми пациентов в сроки от 1 месяца до 13 лет (137 — доброкачественные заболевания; 10 — рак пищевода). У всех пациентов перед выпиской из стационара отсутствовали явления дисфагии при приеме густой и жидкой пищи, они начали прибавлять в весе.

Все пациенты получили возможность приема пищи через рот. Из 10-ти пациентов, оперированных по поводу рака пищевода, умерло 5 пациентов. Причиной смерти во всех случаях явилось прогрессирование основного заболевания. Максимальный срок жизни пациентов 2,5 года. Стеноз эзофагогастроанастомоза возник у двух пациентов. Проводится эндоскопическое лечение.

Из 137-ми пациентов, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний, стеноз анастомоза на шее возник у 49-ти (31,21 %) пациентов (26 — после гастропластики, 23 — после колопластики). У большинства пациентов (32) затруднения после приема пищи возникли в течение первых шести месяцев после операции, у 14-ти — в течение первого месяца, у 12-ти — в течение первых 2–3 месяцев. Внутрипросветные эндоскопические вмешательства (бужирование, баллонная дилатация участка сужения или сочетание этих методов) проводились всем пациентам. Добиться стойкого восстановления проходимости анастомоза удалось у 48-ми пациентов. Эффект от проводимого лечения отсутствовал у одного пациента. Выполнена реконструкция анастомоза.

Демпинг-синдром различной степени выраженности диагностирован у 16-ти больных (11 — после гастропластики, 5 — после колопластики). Во всех случаях демпинг-синдрома его проявления нивелированы при соблюдении диеты и режима питания.

Язвы кологастроанастомоза или наданастомотического участка толстокишечного трансплантата возникли у трех пациентов в сроки от одного года до двух лет. Эффекта от проводимой противоязвенной терапии не отмечено. Выполнена торакоскопическая стволовая ваготомия. При обследовании в сроки до пяти лет рецидива заболевания нет.

Деформация искусственного пищевода с образованием избыточной петли (сроки пластики пищевода от 2 до 16 лет) после эзофагоколопластики выявлена у 15-ти пациентов. На наш взгляд, указанное патологическое состояние изначально формируется вследствие атонии колотрансплантата.

Пилороспазм возник у четырех пациентов после эзофагогастропластики в срок до 1 месяца с момента операции. Выполнена пилородилатация. При осмотре в сроки

до 6 месяцев после операции признаков пилороспазма не выявлено. Повторный курс лечения потребовался одному пациенту.

Пациенту с трахеонеоэзофагеальным свищем выполнено стентирование искусственного пищевода. Показанием к стентированию явилась неудачная попытка разобщения свища. При контрольном обследовании искусственный пищевод свободно проходим для аппарата на всем протяжении, «затеков» контрастного вещества в трахеобронхиальное дерево нет. Питание через рот без особенностей.

Выводы

- Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения при доброкачественных и злокачественных заболеваниях пищевода у большинства пациентов можно считать вполне удовлетворительными.
- Проведение оценки исходного нутритивного статуса и его изменения в предоперационном периоде обязательно всем пациентам.
- Оценка отдаленных результатов выполненных операций показывает, что каждому виду эзофагопластики свойственны «специфические» состояния, приводящие к различному снижению качества жизни. Возникающие в различные сроки после эзофагопластики функциональные и органические нарушения требуют различных способов коррекции.

Список литературы

1. Аллахвердян А. С. Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, В. А. Исаков // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 3. — С. 61–67.
2. Черноусов А. Ф. Современные тенденции развития хирургии пищевода / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Ф. А. Черноусов // Вестн. хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 4. — С. 5–13.
3. Луфт В. М. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко, И. Н. Лейдерман. — СПб.-Екатеринбург : Изд-во «Фарминфо», 2003. — 310 с.
4. Основы клинического питания : материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания : пер. с англ. / Гл. ред. Л. Сobotка. — 2-е изд. — Петрозаводск : ИнтелТек, 2003. — 416 с.
5. Gorman J. H. Surgical therapy for end-stage achalasia / J. H. Gorman 3rd, R. C. Gorman, E. F. Rosato // Ann. Thorac. Surg. — 2005. — N 79 (2). — P. 749.
6. Gupta N. M. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury / N. M. Gupta, R. Gupta // Ann. Surg. 2004. — N 239 (3). — P. 359–363.
7. Substernal long segment left colon interposition for oesophageal replacement / A. Z. Khan [et al.] // Surgeon. — 2008. — N 6 (1). — P. 54–56.
8. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? A systematic review of the literature / K. Kichian [et al.] // Nutrition. — 2004. — N 20 (10). — P. 843–848.
9. Makuuchi H. Reconstruction after thoracic esophagectomy / H. Makuuchi // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2008. — N 109 (5). — P. 256–260.
10. Waitzberg D. L. Access routes for nutritional therapy / D. L. Waitzberg, C. Plopper, R. M. Terra // World J. Surg. — 2000. — N 24. — P. 1468–1476.

SURGICAL TREATMENT OF BENIGN AND MALIGNANT DISEASES OF ESOPHAGUS

Y.V. Chikinev^{1,2}, E.A. Drobyazgin^{1,2}, I.V. Berkasova^{1,2}, A.V. Kutepov^{1,2}

¹SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

²RCBGH «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

The esophagoplasty at its benign diseases and cancer is performed to 171 patients (cicatricial postambustial esophageal stenosis — to 116, esophagus achalasia — to 32, peptic stricture of esophagus — to 9, esophagus cancer — to 14). Operative measures such as esophagus extirpation with gastric tube plastic (93), extirpation with plastic of the left half of colonic intestine (4), subtotal shunting esophagocoloplasty (74) are carried out. Functional results of surgical treatment are estimated according to the states of esophageal anastomoses and transplant. The «specific» states that are leading to various depression of life quality are inherent to each type of oesophagoplasty. Functional and organic abnormalities, appeared in various terms after oesophagoplasty, demand various ways of correction.

Keywords: esophagoplasty, diseases of artificial esophagus, cancer of esophagus, esophagus disease.

About authors:

Chikinev Yuriy Vladimirovich — doctor of medical sciences, professor, chair of hospital surgery at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», head of thoracal surgery unit at RCBGH «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital Minhealthsocdevelopment», office phone: 8 (383) 346-30-66

Drobyazgin Evgeny Alexandrovich — candidate of medical sciences, assistant of hospital surgery chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», thoracal surgeon, endoscopiest of thoracal surgery unit at RCBGH «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital Minhealthsocdevelopment», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Berkasova Inessa Viktorovna — candidate of medical sciences, assistant of Anesthesiology and Resuscitation chair of FAT & PDD at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», anesthesiologist-resuscitator of anesthesiology and resuscitation unit at RCBGH «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital Minhealthsocdevelopment», e-mail: ness-24@yandex.ru

Kutepov Anton Vadimovich — candidate of medical sciences, assistant of hospital and children surgery chair of medical faculty at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», thoracal surgeon of thoracal surgery unit at RCBGH «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital Minhealthsocdevelopment», office phone: 8 (383) 346-30-66

List of the Literature:

1. Allakhverdyan A. S. Treatment of complex cicatrical strictures of thoracal department of esophagus and stomach / A. S. Allakhverdyan, V. S. Mazurin, V. A. Isakov // Thoracal and cardiovascular surgery. — 2003. — № 3. — P. 61-67.
2. Chernousov A. F. Modern trends of esophagus surgery / A. F. Chernousov, T. V. Khorobrykh, F. A. Chernousov // Bull. of surgical gastroenterology. — 2008. — № 4. — P. 5-13.
3. Luft V. M. The guide for clinical delivery of patients in intensive medicine / V. M. Luft, A. L. Kostyuchenko, I. N. Leyderman. — SPb. — Yekaterinburg: «Farminfo» publishing house, 2003. — 310 P.
4. Bases of clinical nutrition: materials of lectures for courses of the European association of parenteral nutrition and enteroalimentation: transl. from English / Ch. editor. L. Sobotka. — 2nd prod. — Petrozavodsk: Inteltek, 2003. — 416 P.
5. Gorman J. H. Surgical therapy for end-stage achalasia / J. H. Gorman 3rd, R. C. Gorman, E. F. Rosato // Ann. Thorac. Surg. — 2005. — N 79 (2). — P. 749.
6. Gupta N. M. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury / N. M. Gupta, R. Gupta // Ann. Surg. 2004. — N 239 (3). — P. 359–363.
7. Substernal long segment left colon interposition for oesophageal replacement / A. Z. Khan [et al.] // Surgeon. — 2008. — N 6 (1). — P. 54–56.
8. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? A systematic review of the literature / K. Kichian [et al.] // Nutrition. — 2004. — N 20 (10). — P. 843–848.
9. Makuuchi H. Reconstruction after thoracic esophagectomy / H. Makuuchi // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2008. — N 109 (5). — P. 256–260.
10. Waitzberg D. L. Access routes for nutritional therapy / D. L. Waitzberg, C. Plopper, R. M. Terra // World J. Surg. — 2000. — N 24. — P. 1468–1476.