

УДК 616.37 - 002 – 036.12 – 06:616.373 – 009.12 – 089.85

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

© 2006 г. В.М. Дурлеитер, Р.Ш. Сиюхов, С.В. Щупляк, Ю.Ю. Аносов, Я.А. Гончарова

Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка представляют значительные трудности в плане диагностики и выбора рациональной лечебной тактики. По литературным данным, процент сочетанных поражений пищевода и желудка колеблется в широких пределах от 5,4 до 32 % [1, 2]. Летальность при химических ожогах пищевода и желудка остается высокой, варьируясь от 15 до 30 % [3].

Наиболее тяжелые поражения стенки органа возникают в местах длительной задержки едкого вещества (физиологические сужения пищевода, зона кардиального, пилорического клапана).

Среди больных с сочетанными ожоговыми поражениями пищевода и желудка чаще встречается трудоспособное население в возрасте 20–60 лет.

Восстановление проходимости пищевода и желудка при их сочетанном рубцовом стенозе, возникающем в результате химической травмы, является сложным разделом клинической хирургии. Нарушенная анатомия обожженных органов пищеварения обуславливает стойкую механическую дисфагию, приводящую к выраженному алиментарному истощению больных.

При поступлении всем больным проводится рентгенографическое исследование пищевода и желудка, во время которого оценивается протяженность и диаметр стриктуры пищевода, а также состояние желудка. Так, необходимо отметить, что у 2 пациентов стриктура желудка была обнаружена лишь при рентгенологическом исследовании, причем у одного из них имелась гастростома, наложенная ранее в другой клинике. В последнее время этой категории больных проводится эндосонографическое исследование для определения глубины поражения стенки пищевода. По результатам проведенного обследования решается вопрос о целесообразности проведения эндоскопического бужирования.

В РЦФХГ принята тактика поэтапного лечения больных с сочетанными постожоговыми стриктурами пищевода. На первом этапе лечения по возможности проводилось эндоскопическое бужирование пищевода по струне с обязательным рентгенологическим контролем. В период проведения бужирования больные находятся на полном парентеральном питании с проведением противовоспалительной терапии.

Длительная предоперационная подготовка с проведением парентерального питания в ожидании стабилизации состояния больных недопустима. В нашей клинике интенсивная терапия продолжается не более 3–4 сут, за это время проводится лечение в условиях реанимационного отделения, во время которого проводится инфузионно-трансфузионная терапия с применением коллоидных растворов, препаратов крови, проведение парентерального питания. Первостепен-

ной задачей хирургического лечения больных данной категории является обеспечение адекватного энтерального питания. Безусловно, что на фоне тяжелых водно-электролитных и белковых нарушений гомеостаза выполнение полноценной реконструктивной операции абсолютно противопоказано. С целью обеспечения питания выполняется наложение обходного гастроэнтероанастомоза с формированием гастростомы при ожоге антрального и выходного отделов желудка. В случае тотального поражения желудка выполняется наложение питательной энтеростомы. При восстановлении проходимости пищевода во время бужирования осуществляется реконструктивная операция на желудке.

Второй этап хирургического лечения проводится через 6 мес. после восстановления энтерального питания. При восстановлении проходимости пищевода производилась реконструктивная операция на желудке, в противном случае – шунтирующая пластика пищевода левой половиной поперечно-ободочной кишки в сочетании с различными вариантами гастропластики. Необходимо отметить, что у 3 пациентов восстановилась проходимость желудка на фоне проводимого противовоспалительного лечения в сочетании с выполненным обходным гастроэнтероанастомозом. Этим пациентам выполнили снятие обходного соустья.

В период с 1995 по 2005 г. в РЦФХГ с сочетанными ожоговыми поражениями пищевода и желудка находилось 35 больных, из них 2 женщины, 33 мужчины. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка у наблюдаемых больных развивались после приема щелочи (22), уксусной кислоты (4), аккумуляторной жидкости (8), причина поражения не установлена у 1 больного. Больным с выраженными нарушениями водно-электролитного состояния, белкового обмена на первом этапе лечения после проведенной коррекции нарушений выполняли наложение обходного гастроэнтероанастомоза 13 пациентам, в сочетании с резекцией желудка – 8; резекцию измененного участка желудка при его прободении – 3; резекцию измененного участка желудка с концептлевым гастроэнтероанастомозом с двойным дренированием ДПК – 1; гастропластику с иссечением рубцовой ткани и формированием малой кривизны – 4; при поражении тела желудка выполняли гастропластику тонкокишечной вставкой – 1; при тотальном ожоговом поражении желудка накладывали питательную энтеростому – 1.

На втором этапе лечения проводилось бужирование пораженного пищевода (29), тотальная эзофагоколопластика с формированием арефлюксного кологастрального анастомоза – 4; внутривисцеральная пластика пищевода толстой кишкой – 2; 1 больной умер от тяжелой сопутствующей патологии.

У всех прооперированных пациентов наблюдались хорошие результаты после лечения, они набирали вес в течение года и поддерживали его длительное время.

*Выводы*

1. Лечение сочетанных ожоговых стриктур пищевода и желудка является актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

2. Тактика лечения больных с ожоговыми стриктурами пищевода и желудка подбирается индивидуально.

3. На первом этапе лечения больных проводится обеспечение адекватного энтерального питания путем выполнения реконструктивно-восстановительных операций на желудке (гастропластика, наложение обходного гастроэнтероанастомоза), которые дополняются

наложением гастростомы для ранней коррекции алиментарных нарушений, при тотальном поражении желудка необходимо формировать энтеростому.

4. Восстановление проходимости пищевода и замещение его трансплантатом возможно только после стабилизации состояния и стихания воспалительного процесса у больного.

**Литература**

1. *Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А.* // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003. № 3. С. 615.
2. *Черноусов А.Ф.* Хирургия пищевода. М., 2002.
3. *Шалимов С.А.* и др. // Клиническая хирургия. 1981. № 8 С. 26–29.