

© В.В.Булынин, 2008
УДК 616.321-008.17-039.71-08

В.В.Булынин

НЕСТАНДАРТНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИСФАГИИ

Кафедра госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии им Н.Н.Бурденко,
Воронежская областная клиническая больница № 1

Ключевые слова: синдром дисфагии, лечение, профилактика.

Введение. В понятие синдром дисфагии мы включаем комплекс патологических симптомов, возникающих при нарушении функции пищевода и кардии, вызванные различными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. К этим симптомам относим нарушение пассажа пищи, болевые ощущения, изжогу, срыгивание. Мы ставим задачу остановиться только на нестандартных методах лечения и профилактики ряда заболеваний, вызывающих синдром дисфагии.

Материал и методы. Проведенный нами анализ данных Центра острых отравлений Воронежской областной клинической больницы № 1 за период с 1995 по 2005 г. выявил, что с химическими ожогами пищевода поступают на стационарное лечение ежегодно более 100 пациентов. Из них до 25–30% — с тяжелыми ожогами, сопровождаются развитием язвенно-некротического эзофагита и формированием рубцового стеноза пищевода.

Результаты и обсуждение. До 2001 г. в отношении этой группы больных мы придерживались выжидательной тактики. В отделение торакальной хирургии пациенты поступали уже со сформированным рубцовым стенозом пищевода, начиная со 2-го месяца после ожога, на лечебное бужирование или оперативное вмешательство. Так, за период с 1977–2001 гг. пролечены 768 пациентов с рубцовым стенозом пищевода различной степени выраженности. Из них у 752 больных он устранен одним из методов лечебного бужирования или оперативным вмешательством. Антеградное бужирование проведено 98 (13%) больным. В этой группе осложнения были у 2 (2%) пациентов в виде трахеопищеводных свищей. Антеградное бужирование с переходом к ретроградному проведено 41 (6%) больному.

Переход к ретроградному бужированию осуществляли ввиду объективных причин: перфорации пищевода, быстрого прогрессирования рубцового процесса с образованием узкого извилистого хода с выраженным пристенотическим расширением пищевода. Осложнения наблюдали у 25 (61%) пациентов, летальность — 9,8%. Ретроградное бужирование провели 440 (58%) больным. При этом виде бужирования осложнения были у 10 (2,2%) пациентов. Бужирование под контролем ФГС проведено 149 (20%) пациентам. Осложнения при этом виде бужирования мы наблюдали у 6 (4,1%) из них (у 2 они закончились летально из-за развившегося после перфорации пищевода медиастинита). Пластика пищевода, в том числе с реваскуляризацией трансплантата путем наложения микрососудистых анастомозов, произведена 24 (3%) пациентам с летальным исходом у 2 из них.

Неудовлетворенность результатами лечения сформировавшегося рубцового стеноза пищевода (РПС) побудила нас продолжить поиск эффективных и безопасных способов его профилактики и лечения. Наше внимание привлекло удачное сочетание ценных свойств медицинского озона, который является мощным антисептиком, обладает выраженными антигипоксантами, обезболивающими и иммуномодулирующими свойствами, длительно сохраняет активность в масляной форме, с возможностью программируемого моделирования роста соединительной ткани в периодах формирования и созревания рубца путем ранней механической дилатации стенки пищевода.

В связи с этим нами был разработан, апробирован в эксперименте и с 2001 г. — в клинике оригинальный способ профилактики послеожогового РСП. Методика его заключается в следующем.

ки. После взятия свободного фрагмента тонкой кишки последний помещали под кожу боковой поверхности шеи и передней поверхности грудной клетки. Заглушенный краниальный конец свободной кишки фиксировали несколькими субсерозными швами к адвентиции глотки или пищевода. Каудальный конец свободной кишки выводили наружу в виде стомы рядом с оральным концом кишечного трансплантата. Сосуды брыжейки пересаженного фрагмента кишки анастомозировали с одной из ветвей наружной сонной артерии и с подходящей по диаметру веной. Анастомозирование глотки (или шейного отдела пищевода) со свободной кишкой производили через несколько дней после микрохирургической операции. Краниальный конец свободной кишки соединяли с глоткой или пищеводом наложением магнитного компрессионного анастомоза. Магнитные элементы подводились к зоне предполагаемого анастомоза с помощью двух фиброэндоскопов через рот и каудальный конец свободной кишки. За счет постоянного давления ткани, находившиеся непосредственно между магнитами, претерпевали деструктивные изменения, а по периметру маг-

нитных элементов наступало сращение стенок анастомозируемых органов. На 7–8-е сутки магнитные элементы образовывали пролежень и мигрировали из зоны анастомоза, их извлекали за привязанную к ним нить. С целью профилактики рубцового сужения анастомоза, через 5 дней после извлечения магнитов в течение недели проводили бужирование.

Выводы. Несмотря на небольшую частоту применения, в настоящее время КМА позволяют многим пациентам избежать травматичных, больших операций и значительно улучшить качество жизни.

Поступила в редакцию 19.03.2008 г.

V.V.Bulynin

NONSTANDARD VARIANTS OF AN APPROACH TO PROPHYLACTICS AND TREATMENT OF DYSPHAGIA SYNDROME

The author describes variants of using magnetic anastomoses in treatment of dysphagia after chemical burns of the esophagus.