

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Шушанов Пантелей Ананьевич

*ассистент кафедры госпитальной хирургии Ставропольского
государственного медицинского университета, г. Ставрополь*

E-mail: panty_pro@mail.ru

Кунаева Виктория Александровна

*студент 5 курса лечебного факультета Ставропольского государственного
медицинского университета, г. Ставрополь*

E-mail: victoriakupaeva@gmail.com

Айрапетян Лидия Артуровна

*студент 5 курса лечебного факультета Ставропольского государственного
медицинского университета, г. Ставрополь*

E-mail: lidia13011991@gmail.com

Дахкильгова Хава Тагировна

*студент 5 курса лечебного факультета Ставропольского государственного
медицинского университета, г. Ставрополь*

E-mail: hava.dahkilgova@gmail.com

THE EFFICIENCY OF THE SURGICAL TREATMENT OF THE CICATRICAL STRICTURES OF THE ESOPHAGUS

Shushanov Panteley Ananevich

*the assistant of the Department of Hospital Surgery of the Stavropol State Medical
University, Stavropol*

Kupaeva Viktoriya Aleksandrovna

*the fifth year student of the medical faculty of the Stavropol State Medical University,
Stavropol*

Ayrapetyan Lidiya Arturovna

*the fifth year student of the medical faculty of the Stavropol State Medical University,
Stavropol*

Dahkilgova Hava Tagirovna

*the fifth year student of the medical faculty of the Stavropol State Medical University,
Stavropol*

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена рубцовым стриктурам пищевода, которые являются одной из актуальных тем современной торако-абдоминальной хирургии. Приведены результаты наблюдения и ретроспективного анализа хирургического способа лечения рубцовых сужений пищевода на примере 62 пациентов. Ранее основным методом расширения просвета пищевода при стенозе считалось бужирование и баллонная дилатация с использованием

гибких эндоскопов. В данный период времени при неэффективности вышеназванного метода применяется комплексное лечение, включающее хирургическую коррекцию.

ABSTRACT

This article is about cicatricial strictures of esophagus which are considered to be one of the most actual problems of modern thoraco-abdominal surgery. Here are given the results of research and retrospective analysis of the surgical treatment on the esophagus in cicatricial strictures based on the 62 patients' experience. In the past the main method of expansion of the esophagus was the bougienage and balloon dilatation with the flexible endoscopes using. Nowadays if this method is inefficient, the complex treatment including the surgical correction is preferred.

Ключевые слова: рубцовые стриктуры пищевода; бужирование; хирургическое лечение.

Keywords: cicatricial strictures of esophagus; the bougienage; the surgical treatment.

Рубцовые сужения пищевода занимают второе место среди заболеваний этого органа у взрослых трудоспособного возраста. Они развиваются через 1—2 месяца после травмы пищевода и локализуются в местах физиологических сужений [1, 2]. Наиболее часто стриктуры пищевода возникают в результате случайного или умышленного приема агрессивных прижигающих растворов [3].

В настоящее время лечение рубцовых стриктур пищевода остается одним из сложных разделов торако-абдоминальной хирургии, что обусловлено непрекращающимся ростом числа пациентов, пострадавших от приема агрессивных жидкостей. Нередко лечение больных с рубцовым стенозом пищевода длится месяцами и годами [4, 6, 8]. Несмотря на то, что доказана высокая эффективность бужирования как основного метода лечения, не прекращается поиск новых возможностей в лечении больных с данной

патологией пищевода.

Восстановительные операции на пищеводе по-прежнему являются наиболее сложным этапом ведения больных со стенозом пищевода. В настоящее время для пластики пищевода используют желудок и сформированные из него трансплантаты, кожу, тонкую или толстую кишку [5, 7].

Результаты хирургических вмешательств, при всех успехах в совершенствовании оперативной техники, не демонстрируют заметной положительной динамики. Послеоперационные осложнения (несостоятельность швов пищеводных анастомозов, некроз трансплантата, стенозы анастомозов, пептические язвы искусственного пищевода и т. д.) с неизбежной инвалидизацией больных составляют 24—42 % [6—8].

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения рубцовых стриктур пищевода с учетом причины их возникновения, выявить оптимальный способ коррекции.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 пациентов с рубцовой стриктурой пищевода, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии ГБУЗ СК «ССКЦ СВМП» в 2008—2011 гг.

Исследовалась причина возникновения стеноза, его степень и локализация; оценка состояния пациентов проводилась по массе тела и биохимическим показателям уровня общего белка. Изучались способы хирургического лечения данных больных с выявлением их осложнений и эффективности.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы анализа данных AtteStat. Статистическая значимость непрерывных величин в зависимости от параметров распределения осуществлялась с использованием критерия Манна-Уитни и показателя коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты исследования

Из 62 пациентов с диагнозом «рубцовая стриктура пищевода» однократно

были госпитализированы 46 (74,2 %), повторно — 16 (25,8 %) человек. Средняя давность заболевания $10,4 \pm 5,41$ лет. Количество мужчин составило 40 (64,5 %), средний возраст — $50,7 \pm 0,85$ лет; женщин — 22 (35,5 %), средний возраст — $56,4 \pm 1,2$ лет.

Установлены причины стеноза: ожог кислотой — 29 (47 %), щелочью — 19 (30,6 %), пептический ожог — 6 (9,6 %), ожог суррогатным алкоголем — 4 (3,8 %), лучевой ожог — 2 (3,2 %), инородное тело — 2 (3,2 %); механическая травма — 1 (1,6 %).

I степень сужения пищевода выявлена у 6,4 % (n=4) пациентов, II — у 38,7 % (n=24), III — у 46,9 % (n=29) и IV — у 8 % (n=5) больных соответственно (p=0,001, Mann-Whitney U test).

Локализация стриктуры: верхняя треть пищевода — 9 (14,4 %), средняя треть — 6 (9,6 %), нижняя треть — 29 (47 %), протяженная стриктура — 5 (8 %) пациентов (p=0.012, Mann-Whitney U test).

Нехватка массы тела выявлена в 64,5 % случаев (n=37), снижение показателей общего белка обнаружено в 11,3 % случаев (n=7).

Лечение больных осуществлялось путем бужирования, оперативного вмешательства либо комбинации обоих методов. Бужирование пищевода проводилось 36 (58 %), оперативное вмешательство — 6 (9,6 %), комбинированное лечение — 19 (30,8 %) пациентам (p=0,01, Mann-Whitney U test). Большинству прооперированных пациентов была проведена пластика пищевода желудочным стеблем с гастростомией на первом этапе (табл. 1).

Таблица 1.

Виды проведенных операций (n=25)

ОПЕРАЦИЯ	Абс.	%
Гастростомия + желудочный стебель	16	64
Единоновременная пластика желудочным стеблем	3	12
Резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гоффмейстера-Финстерера	2	8
Стентирование пищевода	1	4
Гастростомия + толстая кишка	1	4

Эндоскопическое удаление инородного тела	1	4
Реконструктивно-восстановительная операция + пластика желудочным стеблем	1	4

Анализ структуры послеоперационных осложнений показал их сильную корреляцию с причиной возникновения стеноза (коэффициент Спирмена 0,86). Осложнений после бужирований пищевода, проведенных больным с ожогом кислотой, не выявлено. Осложнения после оперативного вмешательства выявлены у 18 (72 %) человек (рис. 1), причем у 13 (72,2 %) из них стеноз был вызван употреблением кислоты ($p=0,001$, Mann-Whitney U test). Без осложнений послеоперационный период протекал у 28 % ($n=7$) больных, у 85,7 % ($n=6$) из них стриктура пищевода была вызвана ожогом щелочью.

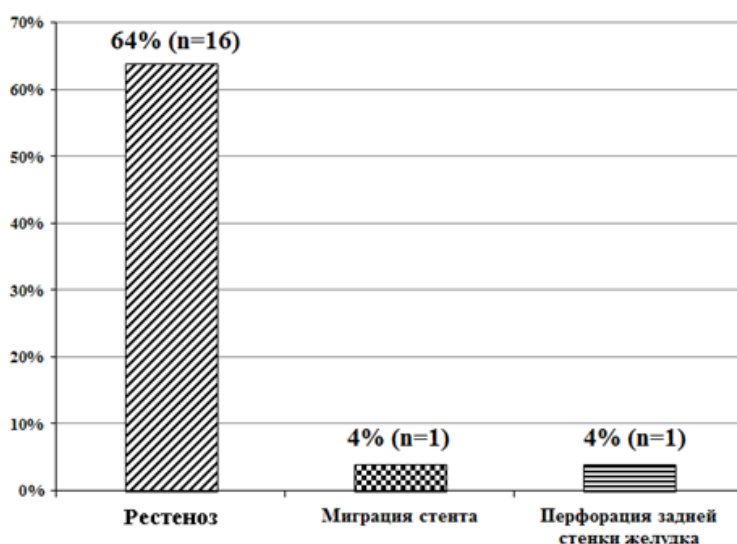


Рисунок 1. Послеоперационные осложнения (n=18)

Выводы

1. Основной контингент больных с рубцовым стенозом пищевода – мужчины трудоспособного возраста.
2. В структуре причин рубцовых стриктур пищевода преобладают ожоги кислотой и щелочью.
3. Наиболее распространены II и III степени сужения нижней трети пищевода.

4. Выявлена сильная корреляционная связь между причиной ожога и послеоперационными осложнениями.

5. Бужирование рекомендовано больным с рубцовой стриктурой пищевода, вызванной кислотой, в то время как при иных причинах стеноза пищевода предпочтительна оперативная коррекция.

Список литературы:

1. Алиев М.А. Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе при послеожоговых рубцовых стриктурах. / М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Ш.Ш. Жураев и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2005. — № 12. — С. 40—43.
2. Андрианов В.А., Воронов М.Е., Титов В.А. Диагностика и хирургическая тактика при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и глотки. Актуальные вопросы реконструктивной хирургии пищевода и желудка: Материалы Республиканской конференции «Вахидовские чтения 98». — Ташкент, 1998. — С. 13—14.
3. Галлингер Ю.И. Стриктуры пищевода: лечебная стратегия. Эндоскопические методы лечения. / Ю.И. Галлингер, Э.А. Годжелло // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2003. — Т. 11, № 5. — С. 73.
4. Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода: дис. раб. д-ра мед. наук. — М., 2002. — 260 с.
5. Черноусов А.Ф. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, А.И. Чернооков и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2003. — № 7. — С. 50—54.
6. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.

7. Черноусов А.Ф. Эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А.Ф. Черноусов, А.И. Чернооков, Ф.А. Черноусов и др. // Анналы хирургии. — 2001. — № 5. — С. 35.
8. Han Y. Surgical management of esophageal strictures after caustic burns: A 30 years of experience / Y. Han, Q. Cheng, X. Li, X. Wang // World journal of gastroenterology. — 2004. Vol. 19. № 10. — P. 12—15.