

## ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОСЛЕОЖОГОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*А.С. Аллахвердян, В.С. Мазурин, А.Г. Титов, М.В. Рудой*  
*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Лечение больных с рубцовыми стриктурами пищевода по-прежнему остается одной из сложных задач хирургии. Больные с сочетанными стриктурами пищевода и желудка представляют наибольшие трудности и привлекают особое внимание. Частота развития подобного поражения пищеварительного тракта достигает 40%. При этом затруднен выбор тактики: чем сложнее операция, тем, как правило, тяжелее общее состояние.

Восстановление проходимости пищевода целесообразно посредством бужирования после выполнения дренирующих желудок операций [2, 3, 5, 7, 9, 10]. Показанием к эзофагопластике является невозможность бужирования или его неэффективность. В этих случаях чаще всего выполняют внеплевральную эзофагопластику [7, 9, 10].

Большинство авторов признают функциональные преимущества желудочных трансплантатов при эзофагопластике [2, 3, 8, 9]. Однако при одновременном рубцовом поражении пищевода и желудка использование последнего затруднительно, и чаще выполняется колопластика. Ряд авторов при рубцовой деформации желудка с успехом выполняют эзофагопластику стеблем из большой кривизны [2, 3, 8].

Наше исследование посвящено результатам лечения 62 больных, находившихся на лечении в МОНИКИ в 1995-2005 гг. по поводу сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка. Эти больные составили 31,5% из общего числа больных (197) с послеожоговыми стриктурами пищевода, причем в 1995-2004 гг. доля этих больных составляла лишь 25,8% (42 чел. из 159), а в период 2004-2005 гг. она возросла до 52,6% (20 из 38).

Сочетанные послеожоговые стриктуры пищевода и желудка (табл. 1) чаще встречаются у лиц молодого возраста (в среднем 42,1 года) и преимущественно у мужчин (90,3% больных). Мужчины работоспособного возраста до 60 лет составляют 87,1% от числа всех больных.

*Таблица 1*

### Распределение больных по возрасту

| Возраст, лет | Число больных |      |
|--------------|---------------|------|
|              | абс.          | %    |
| 18-30        | 2             | 3,2  |
| 31-40        | 17            | 27,4 |
| 41-50        | 22            | 35,5 |
| 51-60        | 13            | 21   |
| 61-70        | 6             | 9,7  |
| Старше 70    | 2             | 3,2  |

Наиболее часто был поражен антральный отдел желудка – 56 больных (90,3%). Реже всего отмечалось тотальное и субтотальное поражение желудка и поражение тела желудка – по 3 больных. Наиболее частой комбинацией было сочетание стрик-

тур пилорического отдела желудка и стриктур ниже- и среднегрудного отделов пищевода – около 20% (табл. 2).

Таблица 2

### Варианты сочетанного поражения пищевода и желудка

| Локализация стриктуры желудка        | Локализация стриктуры пищевода |               |               |                       | Итого         |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|
|                                      | нижняя треть                   | средняя треть | верхняя треть | протяженное поражение |               |
| Тотальное и субтотальное поражение   | 2<br>(3,2%)                    | -             | -             | 1<br>(1,6%)           | 3<br>(4,8%)   |
| Изолированное поражение тела желудка | 2<br>(3,2%)                    | 1<br>(1,6%)   | -             | -                     | 3<br>(4,8%)   |
| Пилорический отдел                   | 20<br>(32,3%)                  | 19<br>(30,7%) | 8<br>(12,9%)  | 9<br>(14,5%)          | 56<br>(90,3%) |
| Всего                                | 24<br>(38,7%)                  | 20<br>(32,3%) | 8<br>(12,9%)  | 10<br>(16,1)          | 62<br>(100%)  |

Развитие рубцовых изменений в желудке происходит значительно раньше, чем в пищеводе, – в первые 2-4 недели [3, 5, 7, 9]. Это приводит к развитию патологического гастроэзофагеального рефлюкса, усугубляющего явления эрозивно-язвенного эзофагита и рубцовый процесс в пищеводе [2]. В этой связи на первом этапе лечения, как правило, выполнялись операции, направленные на восстановление пассажа пищи из желудка.

В последующем проходимость пищевода восстанавливалась путем бужирования, а при его невозможности или неэффективности — выполнялась пластика (26 больных).

Показаниями к пластике пищевода являлись:

- полная рубцовая непроходимость пищевода, стриктуры, не поддающиеся бужированию;
- ограничения возможности проведения бужей больше 24 Fr. Частые рецидивы сужения (рестенозы) на протяжении 2 лет;
- свищи пищевода;
- предраковая дисплазия эпителия пищевода на фоне рубцовой стриктуры, подозрение на малигнизацию.

Пластика пищевода выполнялась нами одноэтапно или в несколько этапов. Одноэтапная пластика выполнялась больным в удовлетворительном состоянии, с отсутствием дефицита массы тела и невозможности или неэффективности бужирования пищевода.

В качестве трансплантата мы использовали:

- целый желудок;
- антиперистальтический желудочный стебель;
- изоперистальтический желудочный стебель;
- поперечно-ободочную и левую половину толстой кишки;
- тонкую кишку.

При одноэтапной эзофагопластике (8 больных) в качестве трансплантата использовался рубцово-измененный желудок (табл. 3). При этом у семи больных выполнялась резекция пищевода, а в одном наблюдении – при загрудинном способе проведения трансплантата – шунтирующая эзофагогастропластика. У пяти больных одномоментная эзофагогастропластика выполнена комбинированным правосторонним доступом по Айвор-Льюису.

### Способы одноэтапной внутриплевральной эзофагогастропластики

| Способ восстановления проходимости желудка  | Внутриплевральные доступы |                | Внеплевральный доступ (загрудинный) |
|---|---------------------------|----------------|-------------------------------------|
|   | право-сторонний           | лево-сторонний |                                     |
| Гастродуоденопластика по Джабули            | 2                         | -              | -                                   |
| Гастротомия с поперечным швом желудка       | -                         | 1              | -                                   |
| Пилоропластика                              | 2                         | -              | -                                   |
| Гастроэнтероанастомоз                       | 1                         | 1              | -                                   |
| Резекция антрального отдела желудка по Б-II | -                         | -              | 1                                   |
| Всего                                       | 5                         | 2              | 1                                   |

Многоэтапное лечение проведено 53 больным (85,5%). На первом этапе восстанавливали пассаж из желудка. Затем выполнялось бужирование пищевода, а при его неэффективности или невозможности 17 больным (27,4%) была выполнена многоэтапная пластика пищевода (табл. 4).

Таблица 4

### Эзофагопластика при многоэтапном лечении

| Способ восстановления проходимости желудка на первом этапе        | Внутриплевральные доступы |            |                | Внеплевральные доступы |                       |
|---|---------------------------|------------|----------------|------------------------|-----------------------|
|   | право-сторонний           | по Накаяма | лево-сторонний | загрудинный            | абдомино-цервикальный |
| Пилоропластика  | 3                         |            | 1              |                        |                       |
| Гастродуоденостомия по Джабули                                    | 1                         |            |                |                        |                       |
| Гастроэнтероанастомоз   | 3                         |            | 1              | 2                      |                       |
| Резекция антрального отдела по Б-II, с концевой стомой            |                           |            |                | 1                      |                       |
| Интраоперационное бужирование привратника                         |                           |            |                |                        | 1                     |
| Позадибодочный двойной гастроэнтероанастомоз с энтерогастростомой |                           |            |                | 2                      |                       |
| Еюностомия  |                           |            | 1              |                        |                       |
| Резекция желудка по Б-II со стебельчатой гастростомой             |                           | 1          |                |                        |                       |
| Всего   | 7 (41,2%)                 | 1 (5,9%)   | 3 (17,7%)      | 5 (29,4%)              | 1 (5,9%)              |

Семи больным (41,2%) была осуществлена пластика пищевода рубцово-измененным желудком из комбинированного доступа по Айвор-Льюису. Одному больному была выполнена пластика пищевода из трех доступов по Накаяма (срединная

лапаротомия, правосторонняя торакотомия и коллотомия слева), шести больным (35,5%) – пластика пищевода толстой кишкой. При этом у половины из них проведена шунтирующая эзофагоколопластика, и на следующем этапе планировалось удалить пищевод. Троице (17,7%) была проведена экстирпация пищевода на предыдущем этапе.

При одномоментной эзофагопластике послеоперационные осложнения отмечены у трех больных. В одном случае наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у двух больных развилась пневмония. Послеоперационной летальности в данной группе не было. Преимуществом этих операций, безусловно, является отсутствие гастростомы и относительно небольшой срок лечения, хотя риск подобных операций значительно выше.

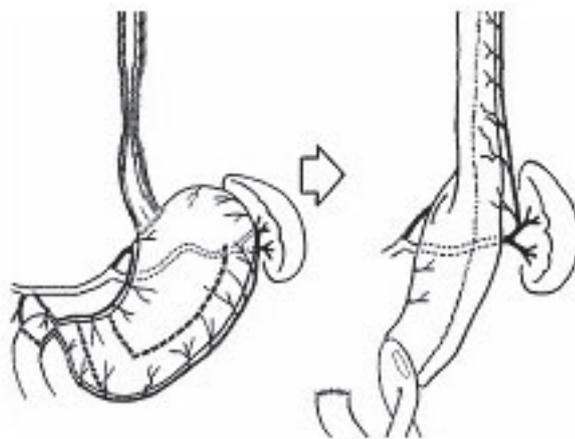
Послеоперационные осложнения в при многоэтапном лечении отмечены у 4 больных (23,5%). У двоих (11,8%) развилась острая сердечная недостаточность на фоне ИБС и метаболических расстройств. Нагноение раны было у 1 (6,7%) больного и у одного – послеоперационная пневмония. В послеоперационном периоде умерло двое (11,8%) больных.

Нами была разработана и использована методика шунтирующей эзофагогастропластики антиперистальтическим стеблем, сформированным с включением части малой кривизны после одномоментной резекции рубцово-измененного антрального отдела желудка.

Разработан новый способ лечения больных с сочетанными стриктурами пищевода и желудка при поражении антрального отдела желудка, который заключается в следующем. Выполняется резекция рубцово-измененного отдела желудка; формируется гастроэнтероанастомоз по типу конец оставшейся культи желудка в бок тонкой кишке; из большой кривизны культи желудка выкраивается антиперистальтический стебель; сформированный стебель выводится в правое подреберье для предотвращения его сокращения и сохранения возможности его использования при дальнейшей эзофагопластике. Либо эзофагопластика выполняется одномоментно. Двоим больным выполнена гастростомия, одному – одномоментная эзофагопластика.

Нами была разработана и используется методика шунтирующей эзофагогастропластики антиперистальтическим стеблем, сформированным с включением части малой кривизны после одномоментной резекции рубцово-измененного антрального отдела желудка. Общая длина желудочного стебля при этой методике составляет 40 см. Включение в трансплантат фрагмента малой кривизны желудка позволило удлинить его на 6-7 см. Методика состоит в следующем: выполняется срединная лапаротомия, мобилизация желудка по большой и малой кривизне с сохранением левой желудочно-сальниковой артерии. Желудок мобилизуется по малой кривизне. Проводится резекция рубцово-измененного антрального отдела желудка. Культи двенадцатиперстной кишки обрабатывается одним из известных способов (см. рисунок). С помощью сшивающих аппаратов линейного шва формируется антиперистальтический стебель из большой кривизны желудка с включением дистального участка малой кривизны.

Таким образом, при лечении сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка на первом этапе целесообразно выполнение операций, дренирующих желудок. Эти операции должны проводиться с учетом объема поражения и перспективы последующей эзофагопластики. Их можно сочетать с гастро- или еюностомией.



Шунтирующая эзофагогастропластика антиперистальтическим стеблем.

Одноэтапное выполнение эзофагопластики и дренирующего вмешательства на желудке возможно у больных без признаков алиментарного истощения и выраженной сопутствующей патологии, а также при сомнительных перспективах бужирования пищевода.

При поражении желудка с вовлечением в рубцово-воспалительный процесс антрального отдела, целесообразно выполнение эзофагогастропластики с одновременным дренированием желудка. Резекция антрального отдела желудка также не исключает возможности формирования антиперистальтического желудочного стебля для эзофагопластики.

Подобные операции позволяют восстановить анатомо-физиологические соотношения верхних отделов пищеварительного тракта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Ильницкая Т.И., Сапожникова М.А. Диагностика и лечение сочетанных рубцовых сужений пищевода и желудка в течение первого года после химической травмы / Методические рекомендации. – М., 1989. – 42 с.
2. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 2003. – № 3.
3. Бакиров А.А. // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 19-23.
4. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Коваленко А.А. // Вестн. хир. – 1995. – № 1. – С. 23.
5. Мирошников Б.М., Федотов Л.Е., Павелец К.В. // Вестн. хир. – 1995. – № 1. – С. 20-23.
6. Мумладзе Р.Б. // Вестн. хир. – 1989. – № 4. – С. 106-108.
7. Павлюк А.Д., Бабляк Д.Е., Дубчук В.М. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1994. – № 2. – С. 50-54.
8. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Домрачев С.А., Юдин А.В. // Хирургия. – 1996. – № 2. – С. 25-30.
9. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Прохода С.А. // Хирургия. – 2001. – № 11. – С. 66-67.
10. Stiff G., Alwaft A., Rees B.I., Lari J. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1996. – V. 78, No. 2. – P. 119-123.