

ПОСЛЕОЖГОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

ВВЕДЕНИЕ

Частота сочетанных ожоговых стриктур пищевода и желудка составляет от 6 до 50 %. Как в диагностике, так и в лечении больных с сочетанными ожоговыми стриктурами пищевода и желудка, многое остается до конца не изученным и дискуссионным (Антонов А.Н., 1993; Балалакин А.С. с соавт., 2001; Милуков В.Е. с соавт., 2004; Черноусов А.Ф. с соавт., 2005). Рубцевание в пищеводе начинается примерно с 10-го дня после ожога и длится в среднем 1,5–2 года. В желудке же процессы репарации происходят более интенсивно, и уже через 1–3 месяца формируется рубцовая деформация желудка с частичным или полным нарушением эвакуации из него (Балалакин А.С. с соавт., 2001; Черноусов А.Ф. с соавт., 2005).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен опыт лечения 49 больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка после химических ожогов. Среди них было 13 женщин и 36 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет и старше. В 20 наблюдениях ожоги были вызваны кислотами, в 17 — щелочами, в 12 — неизвестными веществами. Менее чем через 1 месяц после ожога поступили 8 больных, спустя 1–4,5 месяца — 35, спустя 5–12 месяцев — 6. До поступления в клинику 28 человек получали только медикаментозную терапию, 12 — перенесли несколько сеансов бужирования, 9 пациентам выполнены различные операции на желудке.

Алгоритм обследования включал: клиническое, лабораторно-инструментальное исследование, диагностическое бужирование как обязательный этап обследования, позволяющий уточнить характер поражения пищевода и желудка на фоне стриктуры пищевода.

На момент осмотра у 30 больных состояние расценивалось как средней тяжести и тяжелое. Потеря массы тела от 10 до 40 % отмечалась у всех пациентов. Из 49 больных дисфагия была отмечена у 42, у 7 — дисфагия отсутствовала, но отмечались боли и тяжесть в эпигастрии.

Рентгенологически у 24 пациентов был поставлен диагноз рубцовой стриктуры пищевода и желудка, у 10 больных получить данные о состоянии желудка не представлялось возможным, у 15 больных состояние пищевода и желудка оставалось невыясненным.

При эндоскопии пройти через стриктуру пищевода и осмотреть пищевод и желудок удалось только у 10 больных. В 5 наблюдениях при подозрении на множественность стриктур пищевода использовалось сочетанное рентгеноэндоскопическое исследование. У 27 больных было выполнено диагностическое бужирование, из них у 16 использовалась методика бужирования по струне. В зависимости от полученных результатов были выделены 2 группы: 1-я группа — 17 больных, у которых был достигнут хороший эффект от бужирования и после манипуляции удалось осмотреть пищевод и желудок и определиться с дальнейшей тактикой; 2-я группа — 10 пациентов с протяженными и множественными стриктурами пищевода, у которых пищевод удалось расширить до 25-го номера бужа по шкале Шарьера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям, все больные были разделены на 6 групп: 1-я группа — стеноз желудка + одиночная короткая стриктура пищевода (8 больных); 2-я группа — стеноз желудка + одиночная протяженная стриктура пищевода (18 больных); 3-я группа — стеноз желудка + множественная стриктура пищевода (12 больных); 4-я группа — рубцовая деформация желудка без нарушения эвакуации + одиночная короткая стриктура пищевода (3 больных); 5-я группа — рубцовая деформация желудка без нарушения эвакуации + одиночная протяженная стриктура пищевода (7 больных); 6-я группа — рубцовая деформация желудка без нарушения эвакуации + множественная стриктура пищевода (1 больной). С целью уточнения длительности течения ожогового процесса в желудке нами было произведено патоморфологическое исследование 22 препаратов резецированных желудков спустя 1–7 месяцев после ожога. Было выявлено, что преимущественно поражаются выходной отдел и малая кривизна. Хроническая ишемия препятствует полноценной регенерации и ведет к формированию атрофичной слизистой оболочки с участками кишечной метаплазии и гиперпластическими полипами. Спустя 6–7 месяцев развивается гипертрофия мышечного слоя в супрастенотическом отделе, изменения слизистой оболочки расцениваются как атрофически-гиперпластический гастрит. А.Н. Антоновым (1993) и В.Е. Милуковым с соавт. (2004) установлено, что стеноз желудка формируется спустя 1–1,5 месяца после ожога, а «ожоговая болезнь» в желудке длится до 7 месяцев.

Методом лечения послеожоговых стриктур пищевода считаем бужирование последнего, осуществляя его в 4 этапа: I этап — диагностический, II этап — интраоперационный, III этап — в послеоперационном периоде для достижения лечебного эффекта, IV этап — поддерживающий, проводимый амбулаторно.

При сочетанных стриктурах пищевода и желудка адекватным объемом оперативного вмешательства является резекция. Операцию необходимо выполнять не ранее чем через 2–3 месяца после ожога: к данному сроку обычно заканчивается формирование стриктуры.

Резекция желудка была выполнена 32 больным. Мы отдаем предпочтение резекции желудка по Бильрот-II — Бальфуру. Резекция желудка в объеме $2/3$ также необходима при ожогах нижней трети пищевода, так как после восстановления проходимости пищевода замыкательная функция кардии страдает, что приводит к рефлюкс-эзофагиту, эрозивному эзофагиту.

30 больных с непосредственными хорошими и удовлетворительными результатами выписаны на амбулаторное лечение. Осложнения наблюдались у 1 пациента — несостоятельность гастроэнтероанастомоза. Летальные исходы отмечены у 2 больных: у одного — в связи с аспирационной пневмонией на фоне ожога надгортанника, у второго — с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки (после резекции желудка по Бильрот-II — Витебскому).

Поддерживающее бужирование — крайне важный этап лечения, требующий настойчивости врача и желания пациента. При его несоблюдении очень часто возникает рецидив стриктуры пищевода. В течение 1 месяца после выписки больной бужирется 2–3 раза в неделю, в течение 2-го месяца — 1 раз в неделю, в течение 3-го месяца — 1 раз в 2 недели, на 4-м и 5-м месяце — 1 раз в 3 недели, далее — по появлению дисфагии. При резком ухудшении больные госпитализировались для форсированного блокирования под наркозом с последующим амбулаторным бужированием по описанной выше схеме.

Наблюдение за больными, разработанная тактика обследования и лечения больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка позволила у 90 % больных добиться хороших и удовлетворительных результатов.

ВЫВОДЫ

1. Рубцовый стеноз желудка формируется спустя 1 месяц после ожога, «ожоговая болезнь» в желудке длится до 7 месяцев после ожога. Операцией выбора при ожоговом стенозе желудка является его резекция по способу Бильрот-II — Бальфура.

2. Методом выбора в лечении рубцово-измененного пищевода является бужирование с эндоскопическим пособием. Поддерживающее бужирование пищевода необходимо проводить на протяжении 1,5–2 лет после ожога.

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Одним из самых тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, частота которой составляет 30–90 % (Долгушин А.Н., 1993; Кузин М.И., 2001; Жанталинова Н.А., 2005; Синенченко Г.И. с соавт., 2005; Демин Д.И. с соавт., 2006).

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 93 больных с пенетрирующими дуоденальными язвами. Мужчин было 73 (78,5 %), женщин — 20 (21,5 %).

Клиническая картина была атипичной с симптомами поражения органа, в который язва пенетрировала: в головку поджелудочной железы — у 80,5 % больных, в гепатодуоденальную связку — у 9,3 %, в печень — у 8,3 %, в корень брыжейки поперечной ободочной кишки — у 1,9 % больных.

При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы в клинической картине доминировали симптомы острого панкреатита, боли носили опоясывающий характер, были постоянными, локализовались в проекции поджелудочной железы и левом подреберье. У 9 больных вследствие перехода периаульцерозной инфильтрации на большой дуоденальный сосочек (БДС) отмечалась иктеричность склер, у 4 — желтушность кожных покровов. В разные периоды заболевания 41 больному проводилось лечение по поводу острого холецистита или механической желтухи и хронического панкреатита. Все это позволяет считать, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией, является необратимым процессом, сопровождается глубокими метаболическими и морфологическими изменениями в зоне язвы.

Для диагностики пенетрирующих язв использовали рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

Показаниями к операции были безуспешность консервативной терапии в течение 5–6 недель, а также сочетанные осложнения язвенной болезни.