

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОГASTРОПЛАСТИКОЙ ПРИ ЕГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Юрий Владимирович ЧИКИНЕВ^{1,2}, Евгений Александрович ДРОБЯЗГИН^{1,2}, Инесса Викторовна БЕРКАСОВА^{1,2}, Александр Владимирович КОРОБЕЙНИКОВ², Антон Вадимович КУТЕПОВ²

¹ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава
630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52

²ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

Представлены результаты лечения 45 пациентов с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода. Из них мужчин — 23, женщин — 22. Средний возраст пациентов $41,43 \pm 1,64$ лет. Экстирпация пищевода при его рубцовом сужении выполнена 31 пациенту, при пептической стриктуре пищевода — 3 пациентам, при ахалазии пищевода III–IV степени — 11 пациентам. Во всех случаях выполнялась экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. В послеоперационном периоде у 6 пациентов возникли следующие осложнения: у 3 человек — пневмония, у 2 — плеврит, у 1 — нагноение послеоперационной раны на шее. Летальный исход был у 1 пациента на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности. У 1 больного возникла частичная несостоятельность скрепочных швов трансплантата, что привело впоследствии к формированию свища между трахеей и искусственным пищеводом. В отдаленном послеоперационном периоде у 17 пациентов появилась стриктура эзофагогастроанастомоза, что потребовало ее эндоскопического лечения. Все возникающие после операции патологические состояния требуют эндоскопической или медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: пластика пищевода, рубцовые сужения пищевода, экстирпация пищевода.

Выполнение радикальных хирургических вмешательств при доброкачественном характере заболевания пищевода требует обоснованности, строгости показаний, индивидуального подхода, оценки соотношения «риск—польза—отдаленные результаты». Такая позиция предъявляет серьезные требования к способу эзофагопластики [1–6].

Экстирпация пищевода может быть выполнена трансторакально или трансхиатально. Трансхиатальное удаление пищевода позволяет избежать вскрытия грудной клетки и сопряженных с этим неблагоприятных последствий. При повреждении медиастинальной плевры легкие не травмируются в такой степени, как при торакотомии, а дренирование плевральной полости при повреждении или частичной резекции медиастинальной плевры существенно снижает неблагоприятные последствия пневмоторакса. Риск травмы окружающих пищевод органов при трансхиатальной эзофагэктомии не выше, чем при его трансторакальной резекции [1, 2, 7–12].

Расположение трансплантата в ложе удаленного пищевода представляется наиболее выгодным в функциональном отношении. Кроме того, необходимость проведения трансплантата на шею в заднем средостении диктуется рядом обстоятельств. Во-первых, этот путь короче загрудинного и тем более подкожного. Во-вторых, являясь наиболее прямым, не создает предпосылок как для образования перегибов трансплантата в эпигастральной области и в яремной ямке, так и для образования избыточных петель, что способствует лучшему прохождению пищевых масс. В-третьих, трансплантат в определенной мере «тампонирует» заднее средостение, что способствует прекращению капиллярного кровотечения и в некоторой степени служит цели профилактики медиастинита [3, 4, 13–16].

Экстирпация пищевода при доброкачественных его заболеваниях имеет существенные преимущества перед внутриплевральными парциальными резекциями. Экстирпация является

Чикинев Ю.В. — д.м.н., зав. каф. госпитальной хирургии НГМУ, зав. отделением торакальной хирургии областной клинической больницы, e-mail: chikinev@inbox.ru

Дробязгин Е.А. — канд.м.н., ассистент каф. госпитальной хирургии НГМУ; торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии областной клинической больницы, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Беркасова И.В. — канд.м.н., ассистент каф. анестезиологии-реаниматологии ФПК и ППВ НГМУ, врач анестезиолог-реаниматолог областной клинической больницы, e-mail: ness-24@yandex.ru

Коробейников А.В. — врач торакальный хирург отделения торакальной хирургии

Кутепов А.В. — врач торакальный хирург отделения торакальной хирургии

профилактикой малигнизации доброкачественных стриктур, исключает высокую вероятность течения тяжелого эзофagита, снижает частоту послеоперационных осложнений и смертности в основном из-за устранения опасности последствий несостоятельности внутриплеврального пищевода анастомоза. Вероятность же летального исхода при несостоятельности пищевода анастомоза на шее несравнимо меньше, чем при нахождении соустья в плевральной или брюшной полости [7–9].

Создать искусственный пищевод можно как из всего желудка, так и из его части. Создание искусственного пищевода из части желудка может быть выполнено в виде формирования желудочной трубки из большой кривизны с изоперистальтическим или антиперистальтическим ее расположением [1, 2, 7]. Однако в связи с лучшими функциональными показателями большинство авторов отдает предпочтение пластике изоперистальтическим стеблем из большой кривизны [3, 4, 7–9, 11, 12, 15–19].

Материал и методы исследования

Проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике каф. госпитальной хирургии Новосибирского Государственного медицинского университета на базе отделения торакальной хирургии. Экстирпация пищевода с одномоментным его замещением трансплантатом из желудочной трубки выполнена 45 пациентам с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода. Из них мужчин — 23, женщин — 22. Средний возраст пациентов $41,43 \pm 1,64$ лет. Экстирпация пищевода при его рубцовом сужении выполнена 31 пациенту, при пептической стриктуре пищевода — 3 пациентам, при ахалазии пищевода III–IV степени — 11 пациентам. Во всех случаях выполнялась экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. У больных послеожоговым рубцовым стенозом пищевода локализация стеноза в верхней трети имела место у 6 пациентов, в средней трети — у 9, в нижней трети — у 15. Рубцовая стриктура у 24 пациентов была одиночная, у 6 — множественная (2 и более участка сужения). По протяженности короткие стриктуры были у 13 пациентов, продленные — более чем у 50% пациентов (21 человек). Длительность от момента ожога пищевода до пластики пищевода составляла от 1,5 месяцев до 1 года.

При этом у 17 пациентов рубцовое сужение пищевода развилось после приема щелочи. У 11 больных химическая травма пищевода

произошла после приема кислоты. У 2 пациентов не удалось выяснить, чем был вызван ожог пищевода. В среднем время от момента ожога до выполнения операции составило 4,5 мес.

Пациентам с пептическими стриктурами пищевода показанием к операции явились отсутствие эффекта от бужирования пищевода, частые рецидивы стриктуры после проведения бужирования и назначения антирефлюксной терапии.

При ахалазии пищевода III–IV степени показанием к операции являлось отсутствие эффекта от комплексного лечения, включающего в себя проведение баллонной дилатации кардии, назначение спазмолитиков, прокинетиков.

Операция выполнялась из двух доступов — шейного и верхне-срединной лапаротомии. У 4 пациентов мобилизация пищевода осуществлялась при помощи эндовидеодиссектора компании Karl Storz. В 1 случае пришлось выполнить торакотомию справа в связи с выраженным склерозирующим процессом в заднем средостении. Необходимость во внутриплевральной мобилизации пищевода возникла из-за опасности повреждения трахеи, бронхов, крупных сосудов, вовлеченных в рубцовую ткань. У 4 пациентов трансплантат необходимой длины был выкроен из патологически измененного желудка (гастростомия в анамнезе). Трансплантат проводили в ложе удаленного пищевода. Оптимальной, по нашему мнению, является ширина трансплантата 3–3,5 см, с некоторым его расширением к проксимальной части, поскольку увеличение ширины негативно отражается на кровоснабжении трансплантата, особенно в верхней части, что в раннем послеоперационном периоде может служить причиной возникновения несостоятельности эзофагогастроанастомоза. Во всех случаях анастомоз на шее формировали по типу «конец в бок» двумя рядами швов. Осложнением данного вида пластики была частичная несостоятельность швов в зоне эзофагогастроанастомоза у 6 больных. У всех пациентов дефекты носили точечный характер и не требовали выполнения каких-либо хирургических вмешательств. Дефекты закрывались на фоне проведения консервативных мероприятий в течение 7–10 дней. Питание в этот период осуществлялось через назоинтестинальный зонд.

В послеоперационном периоде у 6 пациентов возникли следующие осложнения: у 3 человек — пневмония, у 2 — плеврит, у 1 — осиплость голоса в результате повреждения возврат-

ного нерва гортани, у 1 — нагноение послеоперационной раны на шее. Летальный исход был у 1 пациента на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности. У 1 больного возникла частичная несостоятельность скрепочных швов трансплантата, что привело впоследствии к формированию свища между трахеей и искусственным пищеводом; лечение пациента продолжается.

Отдаленные результаты

Функциональные результаты хирургического лечения оценивали по состоянию пищевода и анастомоза и трансплантата. У всех пациентов перед выпиской из стационара не наблюдалось затруднений при глотании разной по консистенции пищи, затруднений при продвижении пищевого комка по трансплантату, эвакуаторных расстройств.

Отдаленные результаты эзофагогастропластики оценивали в процессе динамического наблюдения и коррекции патологических состояний в сроки до 4 лет. В первые 6 месяцев после перенесенной эзофагопластики у 27 из 45 наблюдаемых пациентов отмечались общие неспецифические симптомы в виде слабости, утомляемости и значительного снижения физической активности. В течение первого года эти явления регрессировали самостоятельно или на фоне реабилитационных мероприятий.

Вегетативные реакции явились проявлением демпинг-синдрома у 9 больных после эзофагопластики желудочной трубкой с выполнением мобилизации двенадцатиперстной кишки. Пациенты предъявляли жалобы на приступы потливости, слабости и сердцебиения, связанные с приемом пищи, самостоятельно проходящие через 20–30 минут. Данные проявления расценены как демпинг-синдром средней степени тяжести. При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация контрастного вещества в кишку. В совокупности с клиническими проявлениями это послужило основанием для верификации демпинг-синдрома. Коррекция пищевого режима и проведение консервативных реабилитационных мероприятий позволили снизить степень выраженности вегетативных реакций, а позднее добиться полного регресса клинических проявлений (в течение первых 2 лет после операции).

В течение первых 3 месяцев после эзофагопластики 4 пациента предъявляли жалобы на неудовлетворительную функцию трансплантата в виде дискомфорта, чувства тяжести за гру-

диной, ощущения замедленного прохождения пищи по пищеводу. По данным рентгенологического и эндоскопического исследований органических препятствий прохождению пищевых масс по искусственному пищеводу у этой группы пациентов выявлено не было. Клиническая симптоматика расценена как проявление дискинезии трансплантата.

Дисфагия органического происхождения имела место у 17 пациентов и варьировала от частичной (при приеме плотной пищи) до практически полной, с затруднением прохождения жидкости и слюнотечением. Рентгенологически подтверждено наличие сужения эзофагогастроанастомоза. Признаков наданастомотического расширения просвета пищевода, воспаления области анастомоза, участка нативного пищевода не наблюдалось. Причиной дисфагии у всех больных явилось рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза. Стеноз развивался в срок от 1 месяца до 1 года после эзофагопластики, что потребовало проведения курсов эндоскопического лечения, включающих в себя бужирование, баллонную гидродилатацию анастомоза.

При рентгенологическом исследовании нарушений акта глотания не зарегистрировано. Резидуальный участок собственного пищевода составил около 2 см. Тип анастомоза — «конец в бок».

Изменений конфигурации средостения, явлений смещения или сдавления органов средостения по рентгенологической картине не отмечалось. Желудочная трубка располагалась в заднем средостении, будучи прямым продолжением пищевода. Рентген-топографическая характеристика ее внутригрудной части полностью соответствовала характеристике нормального пищевода. Форма трансплантата — неправильно цилиндрическая, средняя ширина — 3,3 см. Видна линия скрепочных швов формирования трансплантата. Стенка эластичная. В 26 наблюдениях прослеживался сглаженный рельеф продольных складок. Деформаций и девиаций трансплантата не отмечено. Клиренс барьерной взвеси приближался к нормам прохождения пищевого комка по пищеводу. На всем протяжении искусственного пищевода, в том числе и на уровне прохождения трансплантата через диафрагму, задержек контраста не наблюдалось. Перистальтика желудочной трубки не определялась.

При исследовании пациентов в вертикальном положении заброса контраста в культю пищевода и гортаноглотку не зарегистрировано.

У 2 пациентов отмечалось маятникообразное движение контрастной взвеси на уровне желудочно-дуоденального перехода. Признаков заброса кишечного рефлюктата в желудочную трубку выше уровня диафрагмы не наблюдалось. Органической патологии трансплантата не выявлено.

Выводы

Таким образом, экстирпация пищевода с его одномоментной пластикой желудочной трубкой является операцией выбора при хирургическом лечении доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода. Полученные отдаленные результаты позволяют заключить, что трансплантат из желудочной трубки имеет хорошие функциональные показатели. Все возникающие после операции патологические состояния требуют эндоскопической или медикаментозной коррекции.

Литература

1. Бакиров А.А. Сравнительная оценка различных способов эзофагопластики // Вестник хирургии. 2000. (4). 30–32.
Bakirov A.A. Estimation of various ways esophagoplasty // Vestnik khirurgii. 2000. (4). 30–32.
2. Бакиров А.А. Хирургическое лечение ожоговых стриктур пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2000. (4). 45–49.
Bakirov A.A. Surgical treatment postburns strictures a gullet // Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgia. 2000. (4). 45–49.
3. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А. и др. Выбор метода эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода // Анналы хирургии. 1998. (1). 48–51.
Chernousov A.F., Andrianov V.A., Domrachev S.A. et al. Choice of a method esophagoplastic at gullet benign diseases // Annaly khirurgii. 1998. (1). 48–51.
4. Черноусов А.Ф., Чернооков А.И., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А. Лечебная тактика и выбор способа хирургического лечения больных с протяженными ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. 2002. (4). 11–16.
Chernousov A.F., Chernookov A.I., Ruchkin D.V., Chernousov F.A. Treatment tactic and a choice of a way of surgical treatment of patients with long burn strictures a gullet // Khirurgia. 2002. (4). 11–16.
5. Watson T.J., DeMeester T.R., Kauer W.K. et al. Esophageal replacement for end-stage benign esophageal disease // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1998. 115. (6). 1241–1247.
6. Samuel M., Burge D.M., Moore I.E. Gastric tube graft interposition as an oesophageal substitute // ANZ J. Surg. 2001. 71. (1). 56–61.
7. Кролевец И.П., Демин Д.И. Заднемедиастинальная эзофагогастропластика в хирургии пищевода // Хирургия. 1996. (6). 9–12.
Krolevets I.P., Dyomin D.I. Mediastinal esophago-gastroplasticinsurgeryofagullet//Khirurgia. 1996. (6). 9–12.
8. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой при пептической стриктуре пищевода // Анналы хирургии. 1998. (4). 37–41.
Chernousov A.F., Shestakov A.L. Extirpation of a gullet with one-stage plastic at pepetic strictures a gullet // Annaly khirurgii. 1998. (4). 37–41.
9. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.И. и др. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. 2003. (7). 50–54.
Chernousov A.F., Andrianov V.A., Chernookov A.I. et al. Plastic of a gullet a thick gut at patients with burn strictures a gullet // Churgia. 2003. (7). 50–54.
10. Orringer M.B., Marshall B., Lannettoni M.D. Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements // Ann. Surg. 1999. 230. (3). 392–400.
11. Gupta N.M., Gupta R. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury // Ann. Surg. 2004. 239. (3). 359–363.
12. Devaney E.J., Lannettoni M.D., Orringer M.B., Marshall B. Esophagectomy for achalasia: patient selection and clinical experience // Ann. Thorac. Surg. 2001. 72. (3). 854–858.
13. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Техника экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой // Хирургия. 1992. (3). 75–85.
Chernousov A.F., Bogopolsky P.M. Technique extirpation a gullet with one-stage esophagoplastic a gastric tube // Khrurgia. 1992. (3). 75–85.
14. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Гаджиев А.Н., Ручкин Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода // Анналы хирургии. 2001. (1). 35–38.
Chernousov A.F., Andrianov V.A., Gadzhiev A.N., Ruchkin D.V. Surgical treatment neuro-muscular diseases of a gullet // Annaly khirurgii. 2001. (1). 35–38.
15. Gawad K.A., Hosch S.B., Bumann D. et al. How important is the route of reconstruction after esophagectomy: a prospective randomized study // Am. J. Gastroenterol. 1999. 94. (6). 1490–1496.
16. Helardot P. Caustic burns of the esophagus, esophagectomy and replacement with gastric tube: comparative study with other procedures // Saudi Med. J. 2003. 24. (5 Suppl.). 39.
17. Филин В.И., Попов В.И. Восстановительная хирургия пищевода. Л.: Медицина, 1973. 304с.
Filin V.I., Popov V.I. Plastic surgery of esophagus. L.: Medicine, 1973. 304c.
18. Черноусов А.Ф., Чернооков А.И., Черноусов Ф.А. и др. Эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Анналы хирургии. 2001. (5). 35–39.
Chernousov A.F., Chernookov A.I., Chernousov F.A. et al. Esophagoplastic at patients with burns strictures a gullet // Annaly khirurgii. 2001. (5). 35–39.
19. Gerzic Z.B. Reconstructive surgery of the esophagus. Possibilities and organization // Glas. Spr. Acad. Nauka. 2002. 47. 33–53.

EXTIRPATION OF GULLET WITH ONE-STAGE ESOPHAGOPLASTIC AT ITS BENIGN DISEASES

Yuri Vladimirovich CHIKINEV^{1,2}, Evgenie Aleksandrovich DROBJAZGIN^{1,2}, Inessa Viktorovna BERKASOVA^{1,2}, Aleksander Vladimirovich KOROBEJNIKOV², Anton Vadimovich KUTEPOV²

¹*Novosibirsk State Medical University
52, Krasniy prospect, Novosibirsk, 630091*

²*State Novosibirsk regional clinical hospital
130, Nemirovich-Danchenko str., Novosibirsk, 630087*

Results of treatment of 45 patients with benign cstonic diseases of a gullet are presented. Among them—23 men, 22 women. Middle age of patients— $41,43 \pm 1,64$ years. Extirpation a gullet at its cicatricial narrowing it is executed to 31 patient, at peptic strictures a gullet to 3 patients, achalasia gullet III-IV item at 11 patients. In all cases it was carried out extirpation a gullet with one-stage plastic isoperistaltic a stalk from the big curvature of a stomach. In the postoperative period 6 patients had following complications, among which pneumonia at 3 patients, a pleurisy at 2 patients. At 1 patient a suppuration of a postoperative wound on a neck. The lethal outcome was at 1 patient on a background of progressing polyorganic insufficiency. 1 patient had a partial inconsistency seams of a transplant that has resulted, in a consequence to formation of a fistula between a trachea and an artificial gullet. In the remote postoperative period at 17 patients has arisen strictura esophagogastronanastomosis, that has demanded it endoscopic treatment. All pathological conditions arising after operation demand endoscopic or medicamentous correction.

Keywords: plastic of a gullet, cicatricial narrowings of a gullet, extirpation a gullet

Chikinev Y.V. — *The doctor of medical sciences managing faculty of hospital surgery Novosibirsk state medical university. Managing departments of thoracic surgery State Novosibirsk regional clinical hospital*

Drobjazgin E.A. — *the candidate of medical sciences, the assistant to faculty of hospital surgery Novosibirsk state medical university. Thoracical the surgeon, endoscopist of department thoracic surgery State Novosibirsk regional clinical hospital*

Berkasova I.V. — *the candidate of medical sciences, the assistant to faculty of anesthesiology and resuscitation Novosibirsk state medical university. The doctor anaesthesiologist State Novosibirsk regional clinical hospital*

Korobejnikov A.V. — *Thoracical surgeon of department thoracic surgery*

Kutepov A.V. — *Thoracical surgeon of department thoracic surgery*