

Принципы лечения сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка

З.М.НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е.ЛИГАЙ, Д.Б.ШАГАЗАТОВ, Д.С.АБДУЛЛАЕВ,
Д.А.ХАДЖИБАЕВ, А.В.МАЛЬКОВ

The Principles of treatment combined post-burn cicatricial strictures of the esophagus and stomach

Z.M.NIZAMKHODJAEV, R.E.LIGAY, D.B.SHAGAZATOV, D.S.ABDULLAEV,
D.A.KHADJIBAEV, A.V.MALKOV

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент

Вопросы лечения сочетанных постожоговых рубцовых сужений пищевода и желудка (ПРСПиЖ) остаются актуальной проблемой хирургии, что обусловлено наличием двух уровней непроходимости пищеварительного тракта – пищевода и желудка, что приводит к резкому нарушению алиментарного статуса больных. Частота сочетанных ПРСПиЖ колеблется от 15 до 53% [1, 2, 5-7, 10]. До сих пор ведутся дискуссии относительно выбора метода хирургической коррекции сужения желудка, сохраняются нерешенными вопросы оптимальных сроков реконструктивных вмешательств на пищеводе, после восстановления проходимости желудка, а также не изучены результаты одномоментных вмешательств на пищеводе и желудке [2-4, 8, 9].

Цель исследования. Определить оптимальную тактику хирургического лечения больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода и желудка.

Материалы и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1975 по 2011 год находилось 154 больных с сочетанными ПРСПиЖ. Мужчин было 70 (45,5%), женщин – 84 (54,5%). Распределение больных по характеру химических реагентов представлено в таблице 1, из данных которой отчетливо прослеживается разница в характере реагентов у женщин и мужчин, что связано с особенностями пола, характером быта и повседневной работы.

Характер сочетанного поражения желудка был следующим: привратник у 15 (9,7%) больных, антральный отдел у 32 (20,8%), выходной отдел желудка (привратник+анtrum) у 89 (57,8%), тело желудка у 4 (2,6%), анtrum+тело желудка у 7 (4,5%), субтотальное у 3 (1,9%) и тотальное у 4 (2,6%).

Только у 10 (6,5%) из 154 больных с сочетанными ПРСПиЖ установить степень нарушения эвакуации из желудка не представлялось возможным, в связи с ранее выполненными в других стационарах хирурги-

ческими вмешательствами на желудке: обходной ГЭА с ЭЭА у 7, пилоропластика у 1, резекция желудка по Бильрот II у 1 и еюностомия на выключенной по Ру петле у 1 пациентки. Некоторые схемы и рентгенкартина локализаций сочетанных ПРСПиЖ представлены на рисунках 1-2.

У остальных 144 (93,5%) пациентов выявлены различные нарушения эвакуаторной функции: компенсированный стноз у 41 (28,5%), субкомпенсированный у 39 (27,1%) и декомпенсированный у 61 (42,4%). Зависимость нарушения эвакуации от локализации сочетанного поражения желудка представлена в таблице 2.

Ведущим симптомом у больных с ПРСПиЖ является дисфагия, которая отсутствовала только у 8 (5,2%). У остальных 146 (94,8%) выявлена дисфагия: I степени у 16 (10,4%), II степени у 60 (38,9%), III степени у 50 (32,5%) и IV степени у 20 (13%) пациентов. Для больных с сочетанными ПРСПиЖ наиболее важно сочетание дисфагии и стеноза привратника, в связи с чем нами проведен соответствующий анализ, который представлен в таблице 3.

Таким образом, на основании вышеприведенного анализа можно сделать вывод о необходимости разделения пациентов на соответствующие группы, которые позволили бы четко определить тактику инструментального и хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение

При выборе тактики лечения необходимо учитывать 4 основных фактора: время с момента ожога пищевода и желудка; тяжесть состояния больного; характер сочетанного ожогового поражения пищевода и характер ранее проведенных вмешательств на желудке. Считаем возможным и крайне необходимым выделить основные принципы хирургического лечения больных с сочетанными ПРСПиЖ:

1. Адекватность предоперационной подготовки больных с ПРСПиЖ;

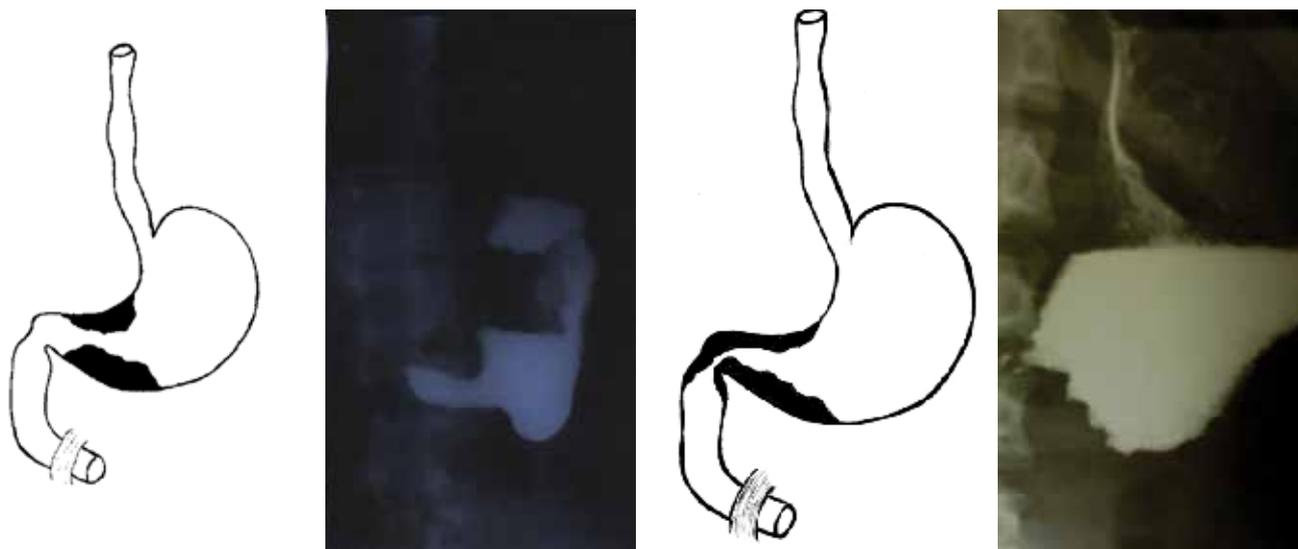


Рис. 1. Сочетанное рубцовое сужение антрального и выходного отделов желудка.

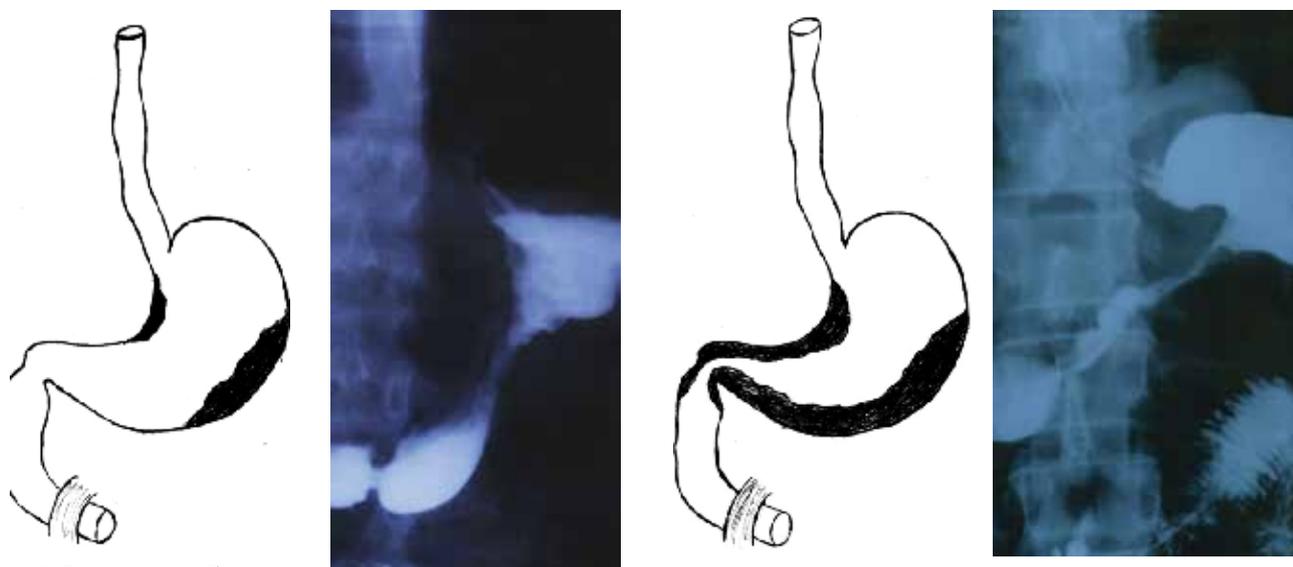


Рис. 2. Сочетанное рубцовое сужение привратника.

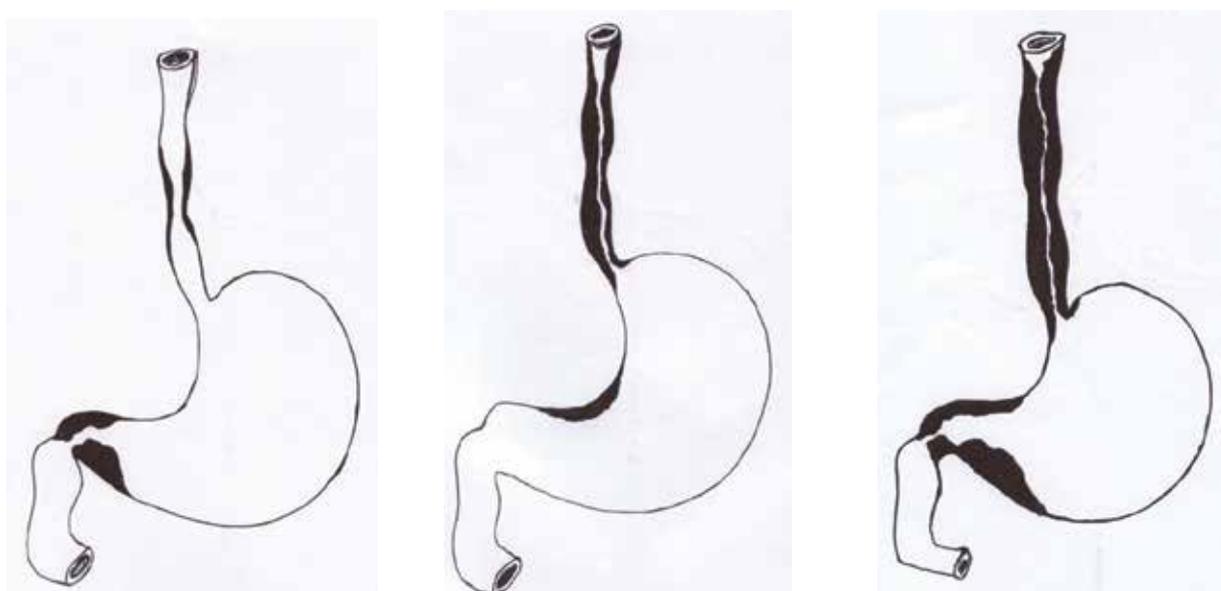


Рис. 3. Распределение больных по степени превалирования сужения пищевода и желудка.

Таблица 1

Распределение больных по характеру химических реагентов

Пол	Характер химического реагента						Итого
	Уксус	Серная кислота	Соляная кислота	Азотная кислота	Неизвест. реагент	Щелочь	
Муж	28(40%)	24(34,3%)	3(4,3%)	1(1,4%)	4(5,7%)	10(14,3%)	70(45,5%)
Жен	72(85,7%)	2(2,4%)	-	-	6(7,1%)	4(4,8%)	84(54,5%)
Всего	100(64,9%)	26(16,9%)	3(1,9%)	1(0,6%)	10(6,5%)	14(9,1%)	154(100%)

Таблица 2

Зависимость нарушения эвакуации от локализации сочетанного сужения желудка

Локализация сужения	Степень стеноза			
	нет стеноза	I	II	III
Привратник (n=14)	1 (7,1%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)
Антрум (n=26)	-	9 (34,6%)	9 (34,6%)	8 (30,8%)
Выходной отдел (n=87)	1 (1,1%)	28 (32,2%)	23 (26,4%)	35 (40,2%)
Тело (n=4)	1 (25%)	1 (25%)	-	2 (50%)
Антрум+тело желудка (n=7)	-	-	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Субтотальное (n=3)	-	-	-	3 (100%)
Тотальное (n=3)	-	-	-	3 (100%)
Всего 144	3 (2,1%)	41 (28,5%)	39 (27,1%)	61 (42,4%)

Таблица 3

Характер дисфагии и нарушения эвакуации из желудка при сочетанных ПРСПиЖ

Выраженность дисфагии	N	Степень стеноза				
		операции в анамнезе	нет стеноза	I	II	III
Нет дисфагии	8	-	-	-	1(12,5%)	7(87,5%)
I степень	16	1 (6,3%)	-	2 (12,5%)	2 (12,5%)	11 (68,7%)
II степень	60	3 (5%)	-	23 (38,3%)	18 (30%)	16 (26,7%)
III степень	50	4 (8%)	1 (2%)	15 (30%)	16 (32%)	14 (28%)
IV степень	20	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	2 (10%)	13 (65%)
Всего	154	10	3	41	39	61

- Минимальная травматичность вмешательств на пищеводе и желудке у больных с выраженной алиментарной кахексией;
- Адекватность восстановления пассажа пищи из желудка в двенадцатиперстную или тощую кишку с учетом времени, прошедшего с момента ожога;
- Адекватность выбора объема и способа резекции желудка;
- Обоснованность одномоментных реконструктивных вмешательств на пищеводе и желудке при сочетанных поражениях;
- Индивидуальный подход к выбору метода хирургического лечения больных с сочетанными ПРСПиЖ.

Мы посчитали целесообразным разделить пациентов на три группы в зависимости от степени преобладания клиники непроходимости пищевода или нарушения эвакуации из желудка (рис. 3), что, на наш взгляд, наиболее адекватно определит соответствующую тактику лечения.

В первую группу включены 14 (9,1%) больных с превалированием клиники нарушения эвакуации из желудка, которым выполнены следующие хирургические вмешательства: экономная резекция 1/2 желудка по Бильрот I – у 2, резекция 2/3 желудка по Бильрот I – у 3, субтотальная резекция желудка по Бильрот II – у 1, гастрэктомия по Ру – у 1, гастродуоденоанастомоз по Джабулею – у 2 и обходной ГЭА с ЭЭА по Брауну – у 5 пациентов.

Во вторую группу включены 54 (35,1%) больных, что составило 35,1%, у которых превалирующим в клинической картине было нарушение проходимости пищевода; необходимости в проведении операций на желудке не было. Всем 54 больным были проведены попытки бужирования по струне, результат которого был оценен следующим образом: хороший – у 42 (77,8%), удовлетворительный у 6 (11,1%) и неудовлетворительный – у 6 (11,1%) пациентов. Из 6 пациентов с неудовлетворительным результатом бужирования по струне, в 2 случаях успешно проведено эндоскопическое бужирование сменными металлическими олива-

Таблица 4

Характер хирургических вмешательств на желудке

Характер операций на желудке	Характер инструментальных методов лечения			Итого
	БП	ЭБ	ЭБ+ЭС	
ГЭА с ЭЭА	17	1	-	18 (32,1%)
ГДА	5	-	-	5 (8,9%)
Пилоропластика	1	-	-	1 (1,8%)
Местная пластика	1	-	-	1 (1,8%)
Резекция 1/2 желудка	12	-	1	13 (23,2%)
Резекция 2/3 желудка	4	-	-	4 (7,1%)
С/т резекция желудка	-	1	-	1 (1,8%)
Гастрэктомия	1	-	-	1 (1,8%)
Отказ от операций на желудке	12	-	-	12 (21,4%)
Всего	53 (94,6%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)	56 (100%)

Таблица 5

Характер одномоментных хирургических вмешательств на пищеводе и желудке

Характер операций на желудке	Характер вмешательств для восстановления проходимости пищевода				Итого
	Гастростома	ШКП	Резекция н/з	ЭП	
ГЭА	5	1	-	-	6 (20,7%)
Пилоропластика	2	5	-	1	8 (27,6%)
ГДА	1	-	-	-	1 (3,4%)
Местная пластика	-	3	-	-	3 (10,3%)
Резекция 1/2 желудка	5	2	-	-	7 (24,1%)
Резекция 2/3 желудка	-	2	-	-	2 (6,9%)
Гастрэктомия	-	-	1	-	1 (3,4%)
Субтотал. резекция желудка	-	1	-	-	1 (3,4%)
Всего	13 (44,8%)	14 (48,3%)	1 (3,4%)	1 (3,4%)	29 (100%)

ми, а у 4 больных выполнена шунтирующая колоэзофагопластика.

В третью группу вошли 86 (55,8%) больных, у которых клиника непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка были выражены равноценно и требовали одномоментной или поэтапной инструментальной или хирургической коррекции.

На основании комплексного обследования и определения противопоказаний к инструментальным методам лечения из 86 больных, у 4 (4,7%) пациентов бужирование пищевода было оценено как невозможное, вследствие полной облитерации просвета пищевода, у 21 (24,4%) больного попытки проведения струны или бужа были неэффективными, у 5 (5,8%) пациентов удалось провести буж диаметром менее №22, что соответствует неудовлетворительному результату.

Хороший и удовлетворительный результаты инструментальных методов лечения получены у 56 (65,1%) больных: бужирование пищевода по струне выполнено у 53, эндоскопическое бужирование сменными металлическими оливами у 2 и эндоскопическое стентирование у 1 больного. Характер операций на желудке после успешных инструментальных расширений пищевода представлен в таблице 4.

Несмотря на наличие всех показаний, 12 (21,4%) больных по различным причинам отказались от предложенных операций. Остальным 44 (87,6%) пациентам выполнены различные операции. Из их числа у 23 (41%) выполнены обходные вмешательства: ГЭА с ЭЭА по Брауну у 18 и ГДА по Джабулею у 5 пациентов; у 2 (3,6%) – местно-пластические вмешательства: пилоропластика по Микуличу (1) и местная пластика желудка (1); у 19 (33,9%) – резекционные вмешательства: резекция 1/2 желудка (13), резекция 2/3 желудка (4), субтотальная резекция желудка (1) и гастрэктомия (1).

Из 86 больных, в 30 (34,9%) случаях инструментальные методы лечения были неэффективными, в связи с чем, имелись все показания к одномоментным операциям на пищеводе и желудке. Однако 1 больная отказалась от любых дальнейших лечебных мероприятий, а 29 пациентам выполнены одномоментные операции, которые представлены в таблице 5.

Необходимо отметить, что в 44,8% случаев наложена гастростома в сочетании в различными операциями на желудке, что было обусловлено ранним сроком химического ожога или выраженными алиментарными нарушениями. У 15 (51,7%) больных выполнены сложные реконструктивные операции на пищеводе

(шунтирующая колопластика у 14 и экстирпация пищевода у 1). Из 14 шунтирующих колоэзофагопластик в качестве симультанной операции выполнены пилоропластика (5), обходной ГЭА (1), местная пластика желудка (3) и резекция желудка (5).

В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 5 больных, что составило 3,2%. Причинами фатальных исходов были: некроз колотранспланта после одномоментной шунтирующей колопластики с резекцией 2/3 желудка по Бильрот I (1); аррозивное кровотечение из шейной раны после шунтирующей колоэзофагопластики (1); разлитой перитонит на фоне недостаточности ГДА и множественных острых перфоративных язв желудка (1); двусторонняя пневмония с развитием острой дыхательной и сердечно-сосуди-

стой недостаточности (1); острая сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность (1).

Заключение

Многообразие хирургических вмешательств у больных с сочетанными ПРСПиЖ свидетельствует о необходимости строго индивидуального подхода к выбору тактики лечения, в зависимости от степени преобладания непроходимости пищевода и нарушения эвакуации из желудка, с учетом возраста и состояния больного, времени, прошедшего с момента ожога пищеварительного тракта, протяженности и локализации стриктуры, степени нарушения проходимости пищевода и желудка, а также характера ранее выполненных хирургических вмешательств.

Список литературы

1. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка. Хирургия 2001; 5: 19-23.
2. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Хирургическое лечение рубцовой стриктуры пищевода и желудка после химического ожога. Хирургия 2007; 1: 25-28.
3. Лишов Е.В. Хирургическое лечение сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта. Автореферат на соискание ученой степени д.м.н. Томск 2001; 48.
4. Рахметов Н.Р., Жетимкаринов Д.С., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж., Булегенов Т.А. Хирургическое лечение сочетанных ожоговых стриктур пищевода и желудка. Хирургия 2003; 11: 17-19.
5. Рудой М.В. Дренирующие желудок операции при лечении сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка. Автореферат на соискание ученой степени к.м.н. Москва 2008; 26.
6. Черноусов А.Ф., Янгиев А.Х., Домрачев С.А. Выбор метода операции на желудке в комплексном лечении ожога пищевода и желудка. Хирургия. 1990; 2: 55-60.
7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. Медицина. Москва. 2000; 349.
8. Lew R.J., Kochman M.L. A review of endoscopic methods of esophageal dilation. J. Clin. Gastroenterol. 2002. 35: 2: 117-126.
9. Naidu K.R., Kapoor S., Chattopadhyay T.K. Corrosive strictures of the oesophagus. Natl Med J. India. 2002; 15; 4: 185-187.
10. Said A., Brust D.J., Gaumnitz E.A., Reicheldefefer M. Prediction of early recurrence of benign esophageal strictures. Am J Gastroenterol. 2003; 98: 6: 1252-1256.

Поступила 17.04.2012 г.

Информация об авторах

1. Низамходжаев Зайниддин Махаматович – д.м.н., руководитель отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: nzm1954@mail.ru
2. Лигай Руслан Ефимович – к.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: docligay73@rambler.ru
3. Шагазатов Дониер Бахтиярович – к.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: docligay73@rambler.ru
4. Абдуллаев Даврон Собирович – аспирант отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: docligay73@rambler.ru
5. Хаджибаев Джамшид Абдуазимович – младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: docligay73@rambler.ru
6. Мальков Антоний – резидент магистратуры отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент; e-mail: malkov_antony@bk.ru