

На правах рукописи

Рудой Михаил Владимирович

Дренирующие желудок операции при лечении
сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и
желудка

14.00.27 – Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2008

Работа выполнена в ГУ «Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Аллахвердян Александр Сергеевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
ГУ МОНИКИ им М.Ф. Владимирского

Лобаков Александр Иванович

доктор медицинских наук, профессор,
ГОУВПО «Кубанский государственный
медицинский университет Росздрава»

Дурлештер Владимир Моисеевич

Ведущая организация:

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».

Защита состоится «__» _____ 2008 года в 14 часов 00 минут на заседании
диссертационного Совета Д 208.049.01 при Московском областном научно-
исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского по
адресу: 129110, Москва, ул. Щепкина, д.61\2, корпус 15, конференц-зал.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ГУ
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Автореферат разослан « » ноября 2008 года.

Ученый секретарь

диссертационного Совета,

доктор медицинских наук, профессор

Астахов П.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы.

В нашей стране, по-прежнему, наиболее частой патологией пищевода остаются рубцовые стриктуры, а химические ожоги являются основной причиной их возникновения (Черноусов А.Ф. с соавт., 2003). По данным Черноусова А.Ф. с соавт. (1998) не менее 70% доброкачественных стриктур пищевода – послеожоговые. Крайне сложны больные с сочетанным поражением желудка, которое возникает в 24-42% случаев при послеожоговых стриктурах пищевода (Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Бакиров А.А., 2001; Шипулин П.П. с соавт., 2001; Рахметов Н.Р., 2003; Алиев М.А., 2005;; Ogunleye A.O. с соавт., 2002; Stiff G. et al., 1996). В последние годы отмечена тенденция к увеличению удельного веса больных с данной патологией (Алиев М.А., 2005; Аллахвердян А.С. с соавт., 2006). Сложность выбора методик и тактики лечения этих больных обусловлены необходимостью восстановления проходимости и пищевода и желудка (Бакиров А.А., 2001; Шипулин П.П. с соавт., 2001; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996, 2003). Определяющим в комплексе лечения является способ восстановления пассажа из желудка, который может оказать решающее влияние на выбор метода и успешность восстановления проходимости пищевода (Аллахвердян А.С. с соавт., 2006). При восстановлении пассажа из желудка применяются разнообразные методики операций, часто в сочетании с различными вариантами гастростомии. Это позволяет бужировать пищевод, а в случае неудачи выполнить эзофагопластику (Мяукина Л.М., 1999; Аллахвердян А.С., 2004; Алиев М.А., 2005).

После химического ожога гораздо быстрее развивается стеноз желудка, нежели пищевода (Сапожникова М.А., 1976; Прохоров В.М., Олешкевич В.И., 1976; Павлюк А.Д. с соавт, 1994; Мяукина Л.М., 1999; Черноусов А.Ф. с соавт., 1995, 2003; Алиев М.А., 2005). А результаты бужирования пищевода не поддаются точному прогнозированию. Этим обусловлена целесообразность поэтапного лечения большей части больных с

послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка (Черноусов А.Ф. с соавт., 1996, 1998; Рахметов Н.Р., 2003; Бакиров А.А., 2001; Шипулин П.П. с соавт., 2001; Аллахвердян А.С., 2004; Davids P.H. с соавт., 2001; Stiff G. et al., 1996). На первом этапе, как правило, выполняют дренирующие желудок операции, которые должны, наряду с восстановлением пассажа из желудка, создать возможность энтерального питания и условия для последующего восстановления проходимости пищевода путем его бужирования либо пластики (Аллахвердян А.С. с соавт., 2006).

Способ восстановления пассажа из желудка, обеспечивающий профилактику вторичного гастроэзофагеального рефлюкса, может существенно улучшить результаты бужирования пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка (Аллахвердян А.С. с соавт., 2006; Зафиров А.Г., 2006). Безусловно, это влияет и на возможность и на условия выполнения пластики пищевода.

Функциональные преимущества желудочных трансплантатов при эзофагопластике признаются большинством специалистов (Бакиров А.А., 2001; Черноусов А.Ф. с соавт., 1996, 2003; Шипулин П.П. с соавт., 2001, 2005; Алиев В.М., 2005; Blesa E. с соавт., 2001). Но при одновременном рубцовом поражении пищевода и желудка использование последних затруднительно и применяется далеко не всеми авторами, несмотря на очень хорошие непосредственные и функциональные результаты (Черноусов А.Ф. с соавт., 1996; Алиев В.М., 2005). При колоэзофагопластике у больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка у части больных, перенесших гастроэнтеростомии с одномоментной гастростомией, не удастся сформировать кологастроанастомоз (Алиев В.М., 2005). В этих случаях желудок выключается из пищеварения.

Основные проблемы при лечении данной категории больных связаны с необходимостью выбора тактики лечения и методик хирургических вмешательств, направленных на устранение непроходимости желудка, решения вопроса энтерального питания. При этом важно создание

оптимальных условий для последующего восстановления проходимости пищевода бужированием или пластикой по рациональной методике.

На сегодняшний день не систематизирован выбор методов хирургических операций по восстановлению пассажа из желудка и не проведена оценка влияния способа восстановления проходимости желудка на результаты бужирования и пластики пищевода у больных с сочетанными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка.

Таким образом, лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка - многоплановая и сложная проблема современной хирургии, решение которой во многом зависит от совершенствования тактики и методов восстановления пассажа из желудка.

Цель работы.

Улучшение результатов лечения сочетанных послеожоговых рубцовых стриктур пищевода и желудка путем совершенствования методик оперативных вмешательств и хирургической тактики по восстановлению пассажа из желудка.

Задачи исследования.

1. Оптимизировать показания и разработать схему выбора операций по восстановлению пассажа из желудка при различных вариантах сочетанного послеожогового рубцового поражения пищевода и желудка.

2. Оптимизировать показания к одно- и многоэтапному выполнению эзофагопластики и дренирующего вмешательства на желудке при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода и желудка.

3. Разработать новую методику восстановления пассажа из желудка при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода и желудка.

4. Дать сравнительную оценку результатов применения различных видов хирургических вмешательств по восстановлению пассажа из желудка у данной категории больных.

Научная новизна работы.

Изучены результаты хирургических операций по дренированию желудка при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка, направленных на сохранение фаз пищеварения и создание оптимальных условий для восстановления проходимости пищевода.

В настоящей работе оптимизированы показания и разработана схема выбора операций по восстановлению пассажа из желудка при различных по протяженности сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.

Оптимизированы показания к одно- и многоэтапному выполнению эзофагопластики и дренирующего вмешательства на желудке при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода и желудка.

Разработана новая методика одновременного восстановления пассажа из желудка посредством дистальной резекции и одномоментного формирования антиперистальтического желудочного стебля из большой кривизны желудка для гастростомии либо эзофагогастропластики.

На основании изучения клинико-лабораторных данных и отдаленных результатов бужирования и пластики пищевода дана сравнительная оценка результатов применения различных видов хирургических вмешательств по восстановлению пассажа из желудка у данной категории больных.

Практическая значимость работы.

В результате проведенных исследований установлено, что применение разработанной методики улучшает результаты и эффективность лечения больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка.

Даны рекомендации по выбору различных методик восстановления пассажа из желудка у данной категории больных, в зависимости от характера и объема поражения желудка.

Внедрение результатов исследования.

Полученные результаты диссертационной работы внедрены в клиническую практику хирургического торакального отделения Московского

областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, хирургического отделения МУЗ «Центральная городская больница» г. Долгопрудного Московской области, а также используются в учебном процессе кафедры онкологии и торакальной хирургии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Апробация материалов диссертации.

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на 8-м Международном Славяно-Балтийском научном форуме "Санкт-Петербург – Гастро-2006" (Санкт-Петербург, 18 мая 2006г.); на научно-практической конференции врачей России, посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской академии (Тверь. 20 декабря 2007г.); на научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа РФ (Видное. 18 мая 2007 г.); на I-м съезде хирургов южного федерального округа (Ростов-на-Дону. 28 сентября 2007г.); на 10-м Международном Славяно-Балтийском научном форуме (Санкт-Петербург, 15 мая 2008г.); на I-й международной конференции по торако-абдоминальной хирургии (Москва. 7 июня 2008г.); на совместной научной конференции сотрудников отделений хирургического торакального, абдоминальной хирургии, хирургической эндокринологии, отделения рентгенологии, отделения гастроэнтерологии, отделения эндоскопии, кафедры онкологии и торакальной хирургии и кафедры хирургии ФУВ МОНИКИ (Москва. 5 мая 2008 г.).

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 29 печатных работ. Получено положительное решение на выдачу патента РФ «Способ эзофагопластики при рубцовых сужениях пищевода и антрального отдела желудка» № 2007145145 дата приоритета от 06.12.2007.

Объем и структура работы.

Диссертация изложена на 123 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, включающих обзор литературы, собственный материал и заключение, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 29 рисунками, 17 таблицами. Список литературы содержит 218 источников, в том числе 125 отечественных и 93 зарубежных авторов.

Содержание диссертации.

Данное исследование проведено на основании изучения результатов обследования и лечения 71 больного с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка в хирургическом торакальном отделении (руководитель – д.м.н., профессор В.С. Мазурин) Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского в 1995-2007 гг. Они составили 71 из 213 (33,3%) из числа больных с послеожоговыми стриктурами пищевода.

Таблица 1.

Варианты сочетанного поражения пищевода и желудка.

Локализация стриктуры желудка	Уровень поражения грудного отдела пищевода (абс., %)				Итого
	Нижняя треть	Средняя треть	Верхняя треть	Протяженная стриктура	
Тотальное и субтотальное поражение	3 4,2 %	-	-	2 1,6 %	5 7,0 %
Изолированное поражение тела	3 4,2 %	1 1,4 %	-	-	4 5,6 %
Пилорический отдел	22 31,0 %	20 28,2 %	8 11,3 %	12 16,9 %	62 87,3 %
Всего	28 39,4 %	21 29,6 %	8 11,3 %	14 19,7 %	71 100%

Средний возраст больных - 41,1 год. Мужчин было 61 из 71 (85,9%), а женщин - 10 из 71 (14,1%).

Распределение больных по локализации и по степени поражения пищевода и желудка представлено в таблице 1.

У большинства больных был выявлен субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка - 36 (50,7%). Почти у трети больных был декомпенсированный стеноз желудка - 20 (28,2%).

Дисфагия III-IV степени наблюдалась в большинстве случаев - у 60 (84,5%) больных. Тяжесть исследуемого контингента отразилась и в выявленном у 66 из 71 (93,0%) больных дефиците массы тела.

Сопутствующая патология была выявлена у 51 из 71 (71,8%) больных.

Обследование обязательно включало рентгенологическое исследование пищевода и желудка с применением рентгеноконтрастных препаратов и фиброэзофагогастроскопию. При затруднениях рентгенологического и эндоскопического исследований желудка, проводилось одно-двухкратное бужирование пищевода, затем использовались бариевая взвесь в большом разведении и водорастворимые контрастные вещества и фиброэндоскопы малого диаметра (5 мм). При необходимости выполнялось РКГ пищевода и желудка. Для оценки вторичного (дуодено)гастро-эзофагеального рефлюкса выполнялась суточная рН-метрия. Обязательными были клинические анализа крови и мочи, коагулограмма, биохимическое исследование крови, электрокардиография (ЭКГ), функция внешнего дыхания (ФВД), анализы крови на наличие гепатитов, сифилиса и ВИЧ инфекцию и т.д.

При хирургическом лечении больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка мы соблюдали следующие принципы:

- Максимальная безопасность лечения;
- Бужирование пищевода на фоне профилактики и лечения дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса и после восстановления пассажа из желудка;
- Предотвращение дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса;
- Рациональное использование органов при восстановлении проходимости желудочно-кишечного тракта и сохранение желудочной фазы пищеварения.

Для снижения риска в большинстве случаев дренирующие желудок операции и бужирование либо пластику пищевода выполняли в два этапа.

Первый этап лечения был направлен на решение следующих задач: 1. восстановление пассажа из желудка; 2. создание возможности энтерального питания; 3. создание оптимальных условий для последующего восстановления проходимости пищевода (путем его бужирования либо эзофагопластики) и для сохранения желудочной фазы пищеварения при обширном поражении желудка.

Таблица 2.
Характер дренирующих желудок операций.

Вид операции	Одномоментная питательная стома (абс., %)		Всего (абс., %)
	Да	Нет	
Гастро-энтероанастомоз позадиободочный	13 18,3%	11 15,5%	24 33,8%
Экстирпация пищевода с формированием абдоминальной и шейной эзофагостомы и гастроэнтероанастомоза.	2 2,8%	-	2 2,8%
Гастро-энтероанастомоз впередиободочный	6 8,5%	-	6 8,5%
Пилоропластика	8 11,3%	1 1,4%	9 12,7%
Гастро-гастростомия	-	2 2,8%	2 2,8%
Продольная гастротомия с поперечным швом желудка	-	2 2,8%	2 2,8%
Гастродуоденостомия	5 7,0%	3 4,2%	8 11,3%
Резекция желудка по Б-1	-	1 1,4%	1 1,4%
Резекция желудка по Б-II с концевой гастро(антрум)стомой	3 4,2%	-	3 4,2%
Еюностомия	2 2,8%	-	2 2,8%
Двойная гастроэнтеростомия по Ру с энтерогастростомой.	6 8,5%	-	6 8,5%
Резекция желудка типа Бильрот-II (с форм-ем антиперистальтического желудочного стебля/гастростомы)	3 4,2%	2 2,8%	5 7,0%
Интраоперационное бужирование привратника	-	1 1,4%	1 1,4%
Итого	48 67,6%	23 32,4%	71 100%

Операции, восстанавливающие пассаж из желудка на первом этапе лечения, представлены в таблице 2. При необходимости эти операции сочетались с гастростомией либо еюногастростомией.

При локализации стриктуры в области привратника и(или) антрального отдела желудка выполнялась пилоропластика (9 из 71 (12,7%) больных), гастродуоденостомия (по Jaboulay – 8 из 71 (12,9%) больных) или гастроэнтероанастомоз.

У 24 из 71 (33,8%) больных анастомоз по задней стенке желудка формировался с длинной брауновской петлей тонкой кишки, проведенной позадиободочно (по Витебскому). У 6 из 71 (8,5%) больных подобная операция была выполнена в других стационарах, и анастомоз был сформирован с передней стенкой желудка.

Впередободочный гастроэнтероанастомоз затрудняет мобилизацию толстой кишки, формирование кологастроанастомоза при эзофагоколопластике и значительно ограничивает подвижность желудка при эзофагогастропластике. В этой связи нами формировался позадиободочный гастроэнтероанастомоз.

В числе оперативных методик усовершенствованных и разработанных в процессе работы - оригинальная операция двойная гастроэнтеростомия по Ру с энтерогастростомой при тотальном и субтотальном поражении желудка выполненная 4 (6,5%) больным. Петля тонкой кишки по Ру проводилась позадиободочно и формировался антирефлюксный гастроэнтероанастомоз с задней стенкой желудка на границе его верхней и средней трети по типу «бок в бок». Затем формировался гастроэнтероанастомоз с передней стенкой желудка по типу бок в бок. Терминальный конец отключенной по Ру кишки выводился через отдельный параректальный разрез в левом подреберье, где формировалась еюностома. При этом создавались условия для сохранения желудочной фазы пищеварения при бужировании либо при колоэзофагопластике (оставалась возможность для формирования кологастроанастомоза после формирования желудочной стомы).

При небольшом видоизменении этой методики возможно выполнение пластики задней стенки желудка путем широкой гастроэнтеростомии с энтерогастростомой (2 больных (2,8%).

Также разработана методика экономной резекции желудка с формированием позадибодочной гастроэнтеростомии с задней стенкой желудка и концевой гастро(антро)стомы при рубцовом поражении антрального отдела. Таким образом, создаются условия для проведения последующего длительного бужирования пищевода. Концевая гастростомия с культей желудка, после резекции позволяет сохранить объем желудка и использовать его для кологастроанастомоза при последующей эзофагопластике. Таким образом были оперированы 3 больных.

У 24 (33,8%) из 71 больных при рубцовом поражении пилорического отдела желудка выполнен позадибодочный антирефлюксный гастроэнтероанастомоз с задней стенкой желудка. В последующем выполнялось бужирование либо пластика пищевода. У 2 больных в этой группе выполнена экстирпация пищевода с формированием эзофагостом на шее и на передней брюшной стенке для энтерального питания. На втором этапе выполнялась эзофагогастропластика.

В процессе исследования разработана и выполнена 5 больным (7,0%) экономная резекция рубцово-измененного антрального отдела желудка с формированием стебельчатой гастростомы антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. У описываемых пациентов (5 случаев) имелись стриктуры пищевода не менее 10 см протяженностью и диаметром не более 2 мм, сочетавшиеся со стриктурами антрального отдела желудка протяженностью 7-8 см. Протяженность поражения желудка исключала применение эзофагогастропластики в сочетании с пилоропластикой или гастро-энтеростомией. При эзофагогастропластике выполнялось удлинение сформированного желудочного стебля. При невозможности формирования антиперистальтического желудочного стебля достаточной длины после антрумэктомии, в 2 случаях выполнялся модифицированный вариант данной

операции (приоритет № 2007145145 от 06.12.2007 на патент РФ). При этом в трансплантат включался фрагмент малой кривизны желудка (рисунок 1), что позволяло удлинить его на 6-7 см и выполнить шунтирующую загрудинную эзофагогастропластику (1 больной). Включение малой кривизны в стебель из большой кривизны возможно благодаря наличию большого количества коллатералей в зоне угла желудка. Выполнение резекции рубцово-измененного антрального отдела способствует прекращению заброса содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок. Наличие у всех больных компенсаторного расширения желудка позволило использовать его для формирования антиперистальтического стебля из большой кривизны.

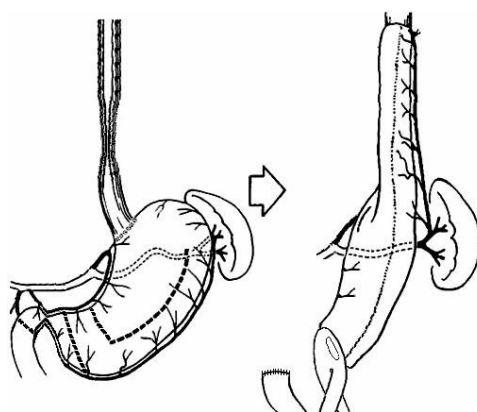


Рис. 1. Схема дистальной резекции желудка с формированием антиперистальтического стебля из большой кривизны желудка с включением части малой кривизны и последующей эзофагогастропластики.

Бужирование пищевода выполняли полыми рентгенконтрастными полихлорвиниловыми бужами типа Savary-Gilliard диаметром 18-54 French (6-18 мм) под эндоскопическим контролем по гибкому металлическому струне-направителю под местной анестезией курсами (обычно за 1 курс 5-6 сеансов). Затем выполнялись однократные поддерживающие бужирования в течение 6 месяцев с интервалами в 2-4 недели. Считали непосредственные результаты бужирования стриктур отличными, если просвет пищевода в зоне сужения расширялся до 13-15 мм и более, и больные принимали пищу любой консистенции. Неудовлетворительными – при увеличении диаметра сужения максимум до 7 мм, при неудачных попытках бужирования и проведения направляющей струны, а также при возникновении опасных для жизни

осложнений. При невозможности или неудовлетворительных результатах бужирования на втором и последующих этапах решался вопрос о пластике пищевода.

При локализации стриктуры в нижнегрудном отделе пищевода – использовался левосторонний абдоминоторакальный доступ по Гэрлоку. При локализации стриктуры в верхне- и среднегрудных отделах операции выполнялись комбинированным доступом - верхнесрединная лапаротомия и правосторонняя торакотомия (по Айвор-Льюису).

При стриктурах верхнегрудного и шейного отделов пищевода операция выполнялась абдомино-цервикальным, за грудиным доступами или комбинированным доступом (срединная лапаротомия, правосторонняя боковая торакотомия и коллотомия слева), при этом трансплантат проводился за грудиной в переднем средостении или в заднем средостении в ложе удаленного пищевода.

При внутриплевральных резекциях пищевода - пластику пищевода выполняли широким желудочным стеблем из большой кривизны желудка, после пересечения левых желудочных и желудочно-сальниковых сосудов и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Желудок использовался в качестве пластического материала у больных, которым на первом этапе была выполнена пилоропластика или гастроэнтероанастомоз. Желудочный трансплантат укладывается в ложе удаленного пищевода. При наличии гастростомы, она иссекается и ушивается в продольном направлении. Пищеводно-желудочный анастомоз формировался двухрядный, погружной, антирефлюксный.

У пожилых и отягощенных сопутствующей патологией больных, с целью уменьшения операционной травмы, выполнялась шунтирующая пластика пищевода без его экстирпации: за грудиной эзофагогастропластика антиперистальтическим желудочным стеблем, сформированным из большой кривизны, либо колопластика. Экстирпация пищевода у части больных выполнялась на последующем этапе.

При значительном поражении желудка, когда в последующем планировалось бужирование пищевода либо колопластика, стремились дренируя желудок создать условия для будущего восстановления пассажа по пищеводу (в т.ч. «искусственному») в желудок, т.е. сохранить желудочную фазу пищеварения. Для этого при стомировании больных необходимо одномоментно восстановить полноценный пассаж из желудка. Это может исключить явления гастроэзофагеального рефлюкса, который повышает вероятность ретеннозов и неэффективность бужирования пищевода. Также важно сохранить объем желудка и не использовать его переднюю стенку в хирургических манипуляциях, так как с ней возможно формирование кологастроанастомоза при возможной пластике пищевода.

При наличии дисфагии III-IV степени у 45 из 71 (63,4 %) больных была сформирована дополнительная питательная стома. В 38 (53,5%) случаях была выполнена гастростомия, 2 (2,8%) – еюностомия, 6 (8,5%) – энтерogaстростомия, 2 (2,8%) - абдоминальная и шейная эзофагостомы. Наиболее функциональными оказались энтерogaстростомы. При которых практически не было подтекания желудочного содержимого, не возникала мацерация кожи, не требовалось постоянное нахождение катетера в стоме и сохранялась возможность ретроградного бужирования пищевода.

После выполнения в последующем эзофагопластики еюногастростома использовалась для питания с третьих суток и до момента, когда больному разрешали принимать пищу через рот. В последующем производилось закрытие еюногастростома внебрюшинным методом. Абдоминальная эзофагостома, которая формировалась с целью сохранения оставшейся после развития массивной стриктуры передней стенки желудка, что способствовало выполнению в дальнейшем пластики. Отсутствовало подтекание желудочного содержимого, а в связи с этим и мацерация кожи, не требовалось постоянное нахождение катетера для питания. Абдоминальная эзофагостома, сформированная по нашей методике закрывалась самостоятельно в течение 2-3 недель после удаления катетера.

При формировании гастростомы, предпочтение отдавалось методике Штамм-Кадера – 32 (45,1%) больных. У 3 (4,2%) больных была сформирована антиперистальтическая стебельчатая гастростома из большой кривизны желудка и выведена в виде стомы в правом подреберье, для исключения сокращения стебля. На заключительном этапе лечения одному из этих больных была выполнена экстирпация грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой (см. выше). У 3 (4,2%) больных была сформирована концевая гастростома, это позволило использовать ретроградное бужирование пищевода. Простота формирования и сохранение целостности передней стенки желудка облегчает толстокишечную пластику с формированием переднего кологастроанастомоза.

Описанные выше операции позволяют снизить операционный риск за счет многоэтапности лечения. При этом создаются оптимальные условия для бужирования пищевода на втором этапе, а, при необходимости, для эзофагопластики.

Одноэтапные операции были выполнены 9 из 71 (12,7%) больных. В этих случаях дренирующая желудок операция выполнялась одномоментно с пластикой пищевода. Чаще всего выполнялась внутриплевральная эзофагогастропластика (5 больных). При этом использовалась гастродуоденопластика по Джабули (2 больных), пилоропластика (2 больных), гастроэнтероанастомоз (2 больных). Ретростерральная шунтирующая пластика выполнялась после дистальной резекции желудка по типу Бильрот-II. В одном случае пластика пищевода была выполнена выкроенным из большой кривизны желудка (глава 3) антиперистальтическим стеблем. Во втором для пластики пищевода использовалась левая половина ободочной кишки.

В подавляющем большинстве случаев, у 62 из 71 (87,3%) больных, дренирующие желудок операции выполнялись как начальный этап лечения. Бужирование пищевода или его пластика выполнялись после восстановления пассажа из желудка и на фоне терапии эзофагита.

Общесоматические и хирургические осложнения, возникающие после операций, дренирующих желудок при многоэтапном лечении, были отмечены у 11 из 62 (15,5%) больных.

Наиболее часто послеоперационный период осложнялся пневмонией - у 5 из 62 (8,1%) больных. У одного больного после позадибодочной гастроэнтеростомии по Брауну и гастростомии, возникла несостоятельность гастростомы. Это было связано с грубой рубцовой деформацией желудка и формирования стомы в условиях натяжения тканей. В этой связи больному при повторной операции было выполнено ушивание гастростомического отверстия и реконструкция брауновского гастроэнтероанастомоза в гастроэнтероанастомоз по Ру с энтерogaстростомой.

В послеоперационном периоде умер один больной (летальность - 1,6%) с сочетанным поражением среднегрудного отдела пищевода и антрального желудка, с дисфагией 3-4 ст., кахексией, алкоголизмом. Дефицит массы тела составлял более 30%. Больному после интенсивной предоперационной подготовки была выполнена гастростомия по Кадеру и сформирован позадибодочный гастроэнтероанастомоз. Несмотря на проводимую интенсивную терапию больной умер на третьи сутки от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Оценка результатов дренирующих желудок операций у больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка проводилась спустя 1, 3 и 12 месяцев. Проводилась оценка состояния больных по четырем критериям (прирост массы тела, мацерация кожи вокруг стомы, наличие демпинг-синдрома и наличие субъективных симптомов - отрыжки, изжоги, периодические боли в животе после приема пищи). Наличие гастро- или еюностомы в 100% приводило к мацерации кожи (в той или иной степени), исключение составили абдоминальные эзофагостомы и энтерogaстростомы отключенной тонкой кишки при двойной гастроэнтеростомии петель по Ру.

Одним из основных критериев качества дренирующей операции считаем прекращение или значимое уменьшение гастроэзофагеального рефлюкса, после устранения застоя в желудке. Это приводит к регрессу явлений рефлюкс-эзофагита, увеличивая вероятность успешного бужирования пищевода, уменьшая вероятность рефлюкс-анастомозита после пластики пищевода. У 32 больных мы повторно выполняли суточную рН-метрию в пищеводе и желудке для оценки степени гастроэзофагеального рефлюкса после операции (спустя 1, 3 и 12 месяцев).

По данным рН-метрии выявлено, что патологический гастроэзофагеальный рефлюкс после операций, при которых происходит разобщение желудка и двенадцатиперстной кишки, не наблюдался. Он наблюдался только у 2 из 12 (14,3%) больных после позадиободочной гастро-энтеростомии. А после пилоропластики и впередиободочной гастро-энтеростомии он выявлен с одинаковой частотой у 80% больных. После гастро-дуоденостомии у всех обследованных больных, по данным рН-метрии, был выявлен дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс.

Сведения, полученные при суточной рН-метрии в пищеводе и желудке, учитывались при выборе сопровождающей терапии (увеличение суточной дозы омепразола до 60 мг, назначение прокинетиков и т.п.).

Попытка бужирования стриктуры пищевода была предпринята у 53 из 62 (85,5%) больных. Нам не удалось провести буж через стриктуру у 2 (3,8%) из 53 больных. Бужирование пищевода проводилось 51 (82,3%) больным из 62.

В 11 (23,4%) случаях из 47 пришлось отказаться от бужирования и прибегнуть к пластике пищевода. Это было обусловлено тем, что у 7 (14,9%) больных результаты бужирования были признаны неудовлетворительными, а у 4 (8,5%) больных были частые рецидивы стенотического процесса.

Пройодимость пищевода была восстановлена бужированием 14 (70%) больным с позадиободочной гастроэнтеростомией и только у 4 (44,4%) с пилоропластикой. Пластика пищевода была выполнена каждому третьему больному после гастродуоденостомии и только одному больному (20%) после

резекции желудка по Бильрот-II. У 3 из 6 (50%) больных, перенесших операцию двойную гастроэнтеростомию с энтерогастростомой, проходимость пищевода также была восстановлена бужированием.

В качестве единственного метода восстановления проходимости пищевода удалось использовать бужирование лишь в 36 из 62 (58,1%) случаев. Это гораздо ниже эффективности бужирования изолированных послеожоговых стриктур пищевода.

Таблица 3.

Одноэтапные операции эзофагопластики.

Способ восстановления проходимости желудка	Внутриплевральные доступы		Ретростерральная шунтирующая пластика
	Правосторонний	Левосторонний	
Гастродуоденопластика по Джабули	2		
Гастротомия с поперечным швом желудка		1	
Пилоропластика	2		
Гастроэнтероанастомоз	1	1	
Резекция желудка Б-II			2
Всего	5	2	2

Всего пластика пищевода выполнена 31 из 71 (43,7 %) больных. Она выполнялась одноэтапно у 9 из 31 (29,0%) больных (таблица 3).

При многоэтапном лечении эзофагопластика была выполнена 71,0% (22 из 31) больных (таблица 4). Рубцовая стриктура пищеводного анастомоза отмечена лишь в 1 случае после одномоментной гастропластики с передободочной гастроэнтеростомией. Связано ли это с наличием патологического гастроэзофагеального рефлюкса – неизвестно. Больной был однократно успешно бужирован.

Таким образом, эффективность дренирующих желудок операций, таких как позадибодочная гастро-энтеростомия и операций, при которых происходит разобщение желудка и двенадцатиперстной кишки, гораздо выше. Это проявляется не только в лучших показателях pH-метрии, но и в большей успешности бужирования пищевода у этих больных.

На основании анализа результатов лечения больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка, нами разработана схема выбора операций по восстановлению проходимости желудка в зависимости от характера и протяженности его рубцовой стриктуры (рисунок 2).

Таблица 4.

Эзофагопластика при многоэтапном лечении.

Способ восстановления проходимости желудка	Внутриплевральные доступы		Загрудинный доступ
	Правосторонний	Левосторонний	
Пилоропластика, в т.ч. с гастростомией	3 1	1	
Гастро-дуоденостомия по Jaboulay		1	
Гастро-энтеростомия, в т.ч. с еюногастростомией	4	2 1***	5 5**
Резекция желудка Б-II, в т.ч. с гастростомией	2 2		3 1*
Интраоперационное бужирование привратника	1		
Всего	10*	4	8

* - фарингогастропластика у 6 больных

**- фарингоколопластика

*** - тонкокишечная эзофагопластика



Рис. 2. Схема выбора операций по дренированию желудка в зависимости от характера и протяженности рубцовой стриктуры желудка.

Так, при тотальном и субтотальном рубцовом поражении желудка, наиболее целесообразно на первом этапе выполнять двойную гастроэнтеростомию с энтерогастростомией петель по Ру. При невозможности подобной операции – гастрэктомию либо еюностомию. При стриктурах тела желудка – иссечение рубцов в продольном направлении с поперечным швом желудка. При стриктурах дистальной части антрального и пилорического отделов – дистальную резекцию желудка по типу Бильрот-II либо позадибодочную гастроэнтеростомию.

Предпочтительнее операции с разобщением желудка и двенадцатиперстной кишки, исключающие дуоденогастральный рефлюкс. Использование данной схемы должно значительно облегчить выбор методики восстановления пассажа из желудка, что уменьшает сроки лечения больных, количество осложнений и дает возможность выбрать оптимальный метод восстановления проходимости пищевода бужированием или эзофагопластикой. Кроме того, рациональный подход к выбору операции на первом этапе позволяет максимально использовать возможности бужирования пищевода.

Выводы:

1. При тотальном и субтотальном рубцовом поражении желудка целесообразно на первом этапе выполнять двойную гастроэнтеростомию с энтерогастростомией петель по Ру. При невозможности ее выполнения – гастрэктомию либо еюностомию. При стриктурах тела желудка – иссечение рубцов в продольном направлении с поперечным швом желудка. При стриктурах дистальной части антрального и пилорического отделов – дистальную резекцию желудка по типу Бильрот-II либо позадибодочную гастроэнтеростомию.

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

3. При сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка с поражением препилорического и антрального отделов возможно выполнение резекции антрального отдела желудка с одномоментным формированием антиперистальтического желудочного стебля для эзофагогастропластики или гастростомии по разработанной методике.

4. Позадибодочная гастроэнтеростомия и дистальная резекция желудка в различных вариантах обеспечивают наилучшую эвакуацию из желудка и по данным суточного рН-мониторинга, исключают дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Практические рекомендации:

1. Бужирование и пластику пищевода у больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка необходимо выполнять после дренирующих операций на желудке, которые можно дополнять гастростомией.

2. При наличии технической возможности проведения струны-направителя целесообразна попытка бужирования пищевода у всех больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка.

3. При тотальном и субтотальном поражении желудка формирование двойной гастроэнтеростомии с энтерогастростомой позволяет наладить энтеральное питание, восстановить пассаж из желудка и сохранить желудочную фазу пищеварения. Подобные операции целесообразны даже при небольшом остаточном объеме желудка.

4. При поражении антрального отдела или привратника целесообразно выполнение резекции антрального отдела желудка с одновременным формированием антиперистальтического желудочного стебля для эзофагопластики, который на первом этапе можно использовать для формирования гастростомы в правом подреберье.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. 24-часовая рН-метрия у больных с послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка.// Тезисы докладов в материалах 10-го юбилейного Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва. 19-21 апреля 2006г. – С.14. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А., Морозов, Титов А.Г., Рудой М.В.)
2. Непосредственные результаты бужирования пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Тезисы докладов в материалах 10-го юбилейного Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва. 19-21 апреля 2006г. – С.14. (Титов А.Г., Мазурин В.С., Рудой М.В., Аллахвердян А.С.)
3. Особенности эзофагопластики при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург–Гастро-2006». – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро» – 2006. – № 1-2. – М.154. (Титов А.Г., Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Рудой М.В.)
4. Операции по восстановлению пассажа по желудку при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума "Санкт-Петербург–Гастро-2006. – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро» – 2006. – № 1-2. – М-6. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)
5. Неотложная хирургия при послеожоговых стенозах антрального отдела желудка.// Альманах клинической медицины. – М.:МОНИКИ. – 2006. – Т.ХІ. – С.89-92. (Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)
6. Возможности пластики пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Успенские чтения. Материалы научно-практической конференции врачей России, посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской академии. – Тверь.:ТГМА. – 2006. – Вып.№4. – С.243-244. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)
7. Хирургическое лечение послеожоговых стриктур желудка при сочетанном поражении пищевода.// Успенские чтения. Материалы научно-практической конференции врачей России, посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской академии. – Тверь.:ТГМА. – 2006. – Вып.№4. – С.244-245. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)
8. Риск ранних рестенозов после бужирования послеожоговых стриктур пищевода.// Успенские чтения. Материалы научно-практической конференции врачей России, посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской академии. – Тверь.:ТГМА. – 2006. – Вып.№4. – С. 245. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)
9. Результаты хирургического лечения пептических стриктур пищевода.// Успенские чтения. Материалы научно-практической конференции врачей России, посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской

академии. Тверь.:ТГМА. – 2006. – Вып.№4. – С. 246. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

10. Результаты хирургического лечения пептических стриктур пищевода.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Приложение. Тезисы докладов в материалах 7 съезда Научного общества гастроэнтерологов России. – 2007. – Ж-1.- С.320. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Исаков В.А., Титов А.Г., Рудой М.В.)

11. Возможности эзофагогастропластики при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка. //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Приложение. Тезисы докладов в материалах 7 съезда Научного общества гастроэнтерологов России. – 2007. – Ж-5. – С.323-324. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

12. Осложнения бужирования пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Материалы 11-го юбилейного Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва. 18-20 апреля 2007г. – С.14-15. (А.С. Аллахвердян, В.С. Мазурин, А.Г. Титов, М.В. Рудой)

13. Возможности лечения сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург–Гастро-2007». – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро» – 2007-№ 1-2 - М-19 (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

14. Бужирование пищевода у больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург–Гастро-2007». – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро»– 2007-№ 1-2.- М-239. (Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

15. Пластика пищевода при сочетанном послеожоговом поражении пищевода и желудка.// Альманах клинической медицины. – М.:МОНИКИ. – 2007. – Т.16. – С.16-20. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

16. Восстановление пассажа по желудку при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Тезисы докладов в материалах Первого съезда хирургов южного федерального округа. – Ростов-на-Дону. 27-28 сентября 2007г. – С.94. (Рудой М.В., Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г.)

17. Пластика пищевода при одно- и многоэтапном лечении сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка.// Тезисы докладов в материалах Первого съезда хирургов южного федерального округа. – Ростов-на-Дону. 27-28 сентября 2007г. – С.83. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

18. Частота осложнений после бужирования пищевода у больных с сочетанными послеожоговыми стриктурами пищевода и желудка.// тезисы докладов в материалах Первого съезда хирургов южного федерального округа. –

Ростов-на-Дону. 27-28 сентября 2007г. – С.90. (Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г., Рудой М.В.)

19. Динамика заболеваемости и клинико-анатомических проявлений сочетанных послеожоговых стриктур пищевода и желудка.// Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы хирургии в современной России». – Санкт-Петербург. 31 октября - 1 ноября 2007г. – С.13-14. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В., Саркисов М.В.)

20. Возможности гастроэзофагопластики при сочетанном послеожоговом поражении пищевода и желудка.// Вестник хирургической гастроэнтерологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Заболевания поджелудочной железы». – 2007. – №3. – С.110. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

21. Результаты эзофагогастропластики при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода и желудка.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Приложение. Материалы 7 съезда Научного общества гастроэнтерологов России. – 2008. – Ж-12. – С.215-216. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

22. Специфика бужирования пищевода под эндоскопическим контролем при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Материалы научно-практической конференции по эндоскопической хирургии. – Казань. 28 марта 2008г. – С.131-133. (Титов А.Г., Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

23. Непосредственные результаты бужирования пищевода под контролем эндоскопии при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Материалы 12-го Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – Москва. 23-25 апреля 2008г. – С.418-419. (Титов А.Г., Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

24. Бужирование пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка – специфика и возможности.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 10-го юбилейного Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург–Гастро-2008». – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро» - 2008- № 2-3 - М-114. (Титов А.Г., Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

25. Дренирующие желудок операции при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 10-го юбилейного Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург–Гастро-2008». – Санкт-Петербург.: «ООО Гастро» - 2008- № 2-3 - М-4. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В., Саркисов М.В.)

26. Тактика и особенности бужирования пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Тезисы докладов 1-ой

международной конференции по торако-абдоминальной хирургии. – Москва 5-6 июня 2008г. – С.219. (Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

27 Тактика бужирования пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Вестник хирургической гастроэнтерологии. Тезисы докладов в материалах I съезда Российского общества хирургов гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – 2008. – №4. – С.38. (Мазурин В.С., Аллахвердян А.С., Титов А.Г., Саркисов М.В., Рудой М.В.)

28. Эзофагогастропластика при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Вестник хирургической гастроэнтерологии. Тезисы докладов в материалах I съезда Российского общества хирургов гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – 2008. – №4. – С.38. (Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В., Саркисов М.В.)

29. Оценка дренирующих желудок операций при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.// Вестник хирургической гастроэнтерологии. Тезисы докладов в материалах I съезда Российского общества хирургов гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – 2008. – №4. – С.38-39.(Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В., Саркисов М.В.)

Изобретения и патенты по теме диссертации

1. Приоритет № 2007145145 от 06.12.2007 на патент РФ «Способ эзофагопластики при рубцовых сужениях пищевода и антрального отдела желудка» (авторы: Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Рудой М.В., Саркисов М.В.).

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/