

Н.Х. Мусабаяев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли,  
Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева  
Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,  
Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

### ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА МЕСТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

В настоящее время лечение ожоговых стриктур пищевода является одним из самых сложных разделов хирургии и представляет значительный практический интерес. Наиболее распространенным способом восстановления проходимости пищевода является бужирование и баллонная гидродилатация, которые по данным Левина С.И. и др. (1994), Черноусова А.Ф., Богопольского П.М. (1998), Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., 2000, Reiss M. (1998) в 60-65% случаев приводят к хорошим и удовлетворительным результатам. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов убедительно доказывает, что проведение консервативных мероприятий далеко не всегда позволяет добиться стойкого и длительного восстановления проходимости пищевода. Даже применение методов форсированного бужирования, использование вибробужей и дилататоров различных модификаций не всегда позволяет добиться стойкого длительного расширения просвета пищевода при короткой стриктуре пищевода (особенно шейной локализации). При безуспешности консервативного лечения и раннем рецидиве стриктуры 15-40% больных нуждаются в эзофагопластике (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б., 1991; Логинова Т.А., 1993; Yagabai O., Osmanodlu H., 1997). Целью данной работы является рассмотрение современного оперативного вмешательства – местной эзофагопластики при короткой стриктуре шейного отдела пищевода, при выполнении которого были получены наилучшие непосредственные результаты.

**Ключевые слова:** Стриктура, шейная локализация, местная эзофагопластика.

**Актуальность.** В настоящее время лечение ожоговых стриктур пищевода является одним из самых сложных разделов хирургии и представляет значительный практический интерес. Это связано с тем, что число пострадавших от приема агрессивных жидкостей с каждым годом не уменьшается, а результаты лечения во многом оставляют желать лучшего. Химические ожоги пищевода по частоте занимают второе место среди заболеваний этого органа у взрослых (Авилова О.М., Багиров М.М., 1983, Сали-хов И.А., Красильников Д.М., 1987) и первое место у детей (Брюсов П.Г., Вой-новский Е.А., 1991). Химические повреждения пищевода возникают при случайном или преднамеренном (с суицидальной целью) приеме агрессивных жидкостей внутрь и, как правило, наблюдаются у людей молодого и наиболее трудоспособного возраста (Крылов А.А., Земляной А. Г., 1988). В дальнейшем у 37% больных, получивших ожог пищевода, в месте повреждения формируются рубцовые стриктуры (Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А., 1971; Авилова О.М., Багиров М.М., 1983). Наиболее распространенным способом восстановления проходимости пищевода является бужирование и баллонная гидродилатация, которые по данным Левина С.И. и др. (1994), Черноусова А.Ф., Богопольского П.М. (1998), Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., 2000, Reiss M. (1998) в 60-65% случаев приводят к хорошим и удовлетворительным результатам. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов убедительно доказывает, что проведение консервативных мероприятий далеко не всегда позволяет добиться стойкого и длительного восстановления проходимости пищевода. Даже применение методов форсированного бужирования, использование вибробужей и дилататоров различных модификаций не всегда позволяет добиться стойкого длительного расширения просвета пищевода при короткой стриктуре пищевода (особенно шейной локализации). Как правило, при безуспешности консервативного лечения и раннем рецидиве стриктуры 15-40% больных нуждаются в эзофагопластике (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б., 1991; Логинова Т.А., 1993; Yagabai O., Osmanodlu H., 1997). В настоящее время применяются различные виды эзофагопластики, детально разработанные видными отечественными и зарубежными хирургами -П.А. Герценом, С.С. Юдиным, А.Г. Савиных, В.И. Казанским, П.И. Андросовым, Б.А. Петровым. Огромный вклад в развитие хирургии пищевода внес Б.В. Петровский, основатель крупнейшей в России хирургической школы и его ученики - Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, В. А. Андрианов. Применение таких операций позволяет отказать от многолетнего и мучительного для больных бужирования пищевода, значительно улучшить качество жизни пациентов, избавить их от длительной и тяжелой психической травмы, связанной с многоэтапными оперативными вмешательствами. Недостаточно изучены ближайшие, отдаленные и функциональные результаты после местной эзофагопластики у больных с ожоговыми стриктурами пищевода.

**Целью** данной работы является рассмотрение современного оперативного вмешательства – местной эзофагопластики при короткой стриктуре шейного отдела пищевода, при выполнении которого были получены наилучшие непосредственные результаты.

#### **Местная эзофагопластика.**

**Показания:** короткая рубцовая стриктура шейного отдела пищевода протяженностью до 2—2,5 см при отсутствии эффекта или при невозможности консервативного лечения (бужирование и эндоскопическая баллонная гидродилатация).

**Специальная подготовка.** При вскрытии просвета любых полых органов желудочно-кишечного тракта существует реальная опасность обсеменения операционного поля (аэробная, анаэробная флора), что грозит развитием гнойно-септических послеоперационных осложнений. Поэтому му в схему специальной подготовки к операции включают антибактериальную профилактику: это прежде всего антибиотики — макролиды (ампициллин) и цефалоспорины (цефамезин), а также производное ДИ-N-ОК-сихинолина — диоксидин. Инъекции антибиотиков начинают одновременно с премедикацией, чтобы достигнуть оптимальной концентрации в тканях к основному моменту операции по следующей схеме:

—в начале операции (после интубации трахеи): внутривенно капельно 60 мл 0,5 % раствора диоксида, растворенного в 90 мл изотонического раствора хлорида натрия, со скоростью 60—80 кап/л в 1 мин.

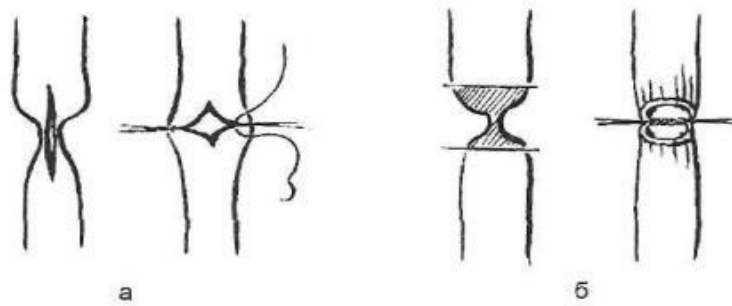
—в течение последующих 72 ч после операции: диоксидин (в тех же дозах внутривенно) каждые 8 ч; ампициллин 1 г каждые 6 ч внутримышечно; цефамезин 1 г каждые 8 ч внутримышечно.

В остальном предоперационная подготовка каких-либо особенностей не имеет.

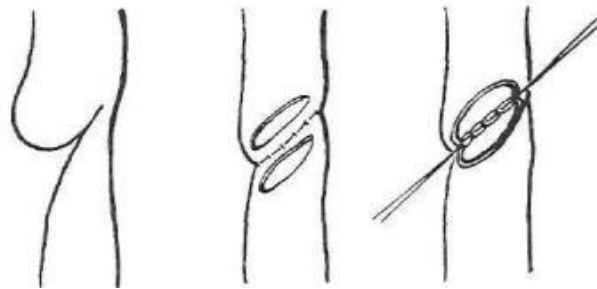
**Анестезия:** эндотрахеальный наркоз.

#### **Техника операции.**

При стриктуре шейного отдела пищевода протяженностью менее 1,5 см мобилизуют верхний и нижний концы пищевода, стриктуру резецируют и накладывают однорядный эзофагоэзофагоанастомоз по типу «конец в конец» узловыми атравматическими швами (викрил 3/0—4/0, дексон 3/0—4/0 и т.п.). При стриктуре протяженностью менее 1 см делают продольный разрез стенки пищевода в области стриктуры через все слои, растягивают его края в стороны и ушивают в поперечном направлении однорядными узловыми швами (рисунок 1, а, б).



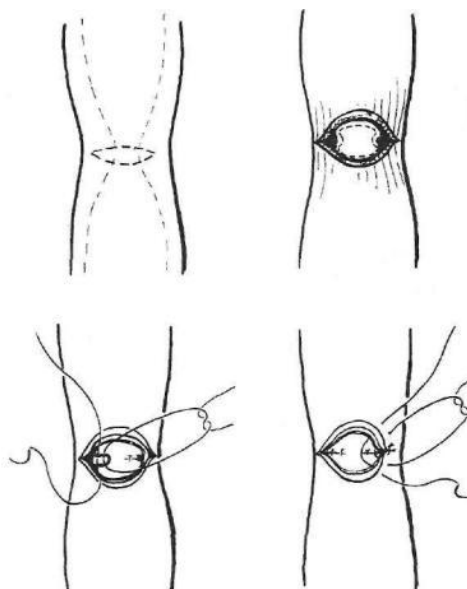
**Рисунок 1, 2 - Местная эзофагопластика**  
**а — продольное рассечение стриктуры с поперечным ушиванием**  
**б — резекция стриктуры с анастомозом «конец в конец»**



Местная эзофагопластика при нависании мешковидного верхнего отрезка пищевода над короткой стриктурой. Может встретиться наиболее вероятный вариант, когда верхний отрезок пищевода нависает над короткой стриктурой в виде мешка. В таком случае формируют косопоперечный двухрядный анастомоз в обход стриктуры (рисунок 2).

Если стриктура распространяется только на слизистый и подслизистый слои пищевода, то делают поперечный разрез мышечной оболочки, затем иссекают переднюю и часть боковых стенок стриктуры, формируют заднебоковые стенки слизисто-подслизистого слоя узловыми швами, а затем ушивают переднюю стенку раны пищевода через все слои однорядными узловыми швами (рисунок 3).

При всех вариантах местной эзофагопластики необходимы внутрисветовая декомпрессия с помощью тонкого зонда на протяжении трех первых послеоперационных суток и адекватное дренирование области операции. На 5-е сутки проводят рентгеновское исследование (контроль) с водорастворимым контрастом. При отсутствии признаков несостоятельности швов разрешают пить и постепенно расширяют диету. В сомнительных случаях повторяют рентгеноконтрастное исследование после первых приемов пищи.



**Рисунок 3 - Иссечение стриктуры слизисто-подслизистого слоя пищевода**

При выявлении хотя бы частичной несостоятельности швов пищевода запрещают глотание (даже слюны). Зонд для питания вводят в желудок, а еще лучше — в двенадцатиперстную кишку из-за опасности возникновения желудочно-пищеводного рефлюкса, препятствующего заживлению раны пищевода; далее проводят консервативное лечение.

В отдаленном периоде в области местной пластики пищевода могут возникать рубцовые стриктуры, требующие бужирования или эндоскопической баллонной гидродилатации.

Таким образом, местная эзофагопластика при короткой стриктуре шейного отдела пищевода при неэффективности консервативной терапии дает больным наилучшие непосредственные результаты.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авилова О.М., Багиров М.М. Лечение Рубцовых стенозов пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тезисы докл. Всесоюзной, конф. по хирургии пищевода. – М.: 1983. - С.47-48.
- 2 В.И., Колесников А.К., Юрченко А.Г., Элозо В.П., Семиниченко А.В. // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тез. Всесоюз. конф. по хирургии. - М.: 1983. - С.72-74.
- 3 Белоусов Е.В., Байтингер Б.Ф. Причины несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов на шее // Хирургия. – 1984. - №10. - С.76-79.
- 4 Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 1965. - 364 с.
- 5 Богомоллова Н.С., Андрианов В.А., Сташинская А.В. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений при эзофагопластике // В кн.: Хирургия легких и пищевода. – Витебск: 1988. - С. 22- 23.
- 6 Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. - М.: Медицина, 1971. - 260 с.
- 7 Вахидов В.В., Хачиев Л.Г., Янгиев А.Х. Хирургическое лечение рубцовых сужений пищевода // Хирургия пищевода и легких.: Тез. докл. пленума про-блемн. комиссии посвящен, памяти М.А. Подгорбунского. – Кемерово: 1987. - С. 19-20.
- 8 Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю. Выбор метода пластики пищевода при рубцовых стенозах // В кн.: Хирургия пищевода и легких – М.:2006. – С. 18-21.
- 9 Мумладзе Р.Б. Рубцовое сужение глотки и пищевода после химических ожогов // Вестн. Хирургии. – 1989. - №3. - С. 106-108.
- 10 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 349 с.

**Н.Х. Мусабаяев, Г.М. Имантаева, Е.Н. Алдабергенов, А.Н. Асанова, А.Н. Кани, В.В. Ли,  
Б.А. Пармаханов, А.М. Советаева, Ж.Т. Султанбаева**

#### ЖЕРГІЛІКТІ ЭЗОФАГОПЛАСТИКАНЫҢ ЕМДІК ТАКТИКАСЫ

**Түйін:** Қазіргі уақытта өзек құйығының стриктурасы хирургияның ең күрделі тарауларына жатады және манызды тәжірбие мүдесі болып ұсынады. Левин С.И.(1994), Черноусов А.Ф., Богопольский П.М.(1998),Галлингер Ю.И., Гаджелло Э.А.(2000),Reiss M(1998) деректері бойынша өзектің өтуін қалпына келтіруінің ең таралған тәсілдері- бужирование және балонная гидротация 60-65% жағдайда жақсы және жаратымды нәтижелерге келтіреді. Сонымен бірге оғаш нәтижелердің байқауы бойынша консервативтік іс шаралар өзектің өтуінің қалпына келтіруі ылғи берік және ұзақ болмайтының нанымды дәлелдеді. Тіпті форсированный бужированияның тәсілдері, вибробуждарды және әр түрлі дилататордың модификацияларын қолданған ылғи, өзектің қысқа стриктурасы кезінде, өзектің бос аралығының берік және ұзақ аумақтауына келтірмейді. Консервативтік емнің сітсіздігі және стриктура ауруының ерте қайталануы 15-40-да эзофагопластикаға мұқтаж болады (Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., 1989; Скворцов М.Б.,1991; Логинова Т.А, 1993; Yarabai O., Osmanodlu H., 1997). Бұл жұмыстың мақсаты қазіргі уақыттағы шұғыл отауларды қарау- өзектің мойын бөлімінің қысқа стриктурасы кезінде жергілікті эзофагопластиканы орындау ең жақсы нәтижелерге әкеледі.

**Түйінді сөздер:** Стриктура, мойынның локализациясы, жергілікті эзофагопластика.

**N.H. Musabaev, G.M. Imantaeva, E.N. Aldabergenov, A.N. Asanova, A.N. Kani, V.V. Li,  
B.A. Parmahanov, A.M. Sovetaeva, G.T. Sultanbaeva**

#### THERAPEUTIC MANAGEMENT OF LOCAL ESOPHAGOPLASTY

**Resume:** At present, a treatment of burn esophageal strictures is considered as one of the most difficult sections of surgery which generated a considerable amount of practical interest. According to Levin S.I. and et al. (1994), Chernousov A.F, Bogopolsky P.M. (1998), Gallinger Y.I., Goggello E.A. (2000), Reiss M. (1998) a necessity and expediency of bougienage of esophageal burn stricture and use of endoscopic balloon hydrodilatation in restoring patency of the esophagus leads to good and satisfactory results in 60-65% of cases. At the same time, investigation of long-term results convincingly proves that a conservative treatment does not necessarily lead to a persistent and long-lasting recovery of the esophageal patency. Furthermore, even the use of forcing bougienage as well as of vibrating mills and variously modified dilators does not always allow obtaining durable and long-term expansion of the esophagus lumen with a short esophageal stricture (especially cervical localization). As argued by Chernousov A.F, Bogopolsky PM (1989), Skvortsov M.B (1991), Loginova T.A (1993), and Yarabai O., Osmanodlu H. (1997), 15-40% of patients need esophagoplasty with an unsuccessful conservative treatment and early recurrence of stricture. The purpose of this work is to consider using local esophagoplasty in a condition of a short stricture of the cervical esophagus since having this particular surgery leads to the best immediate results.

**Keywords:** stricture, cervical localization, local esophagoplasty.