

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

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ

Большим достижением восстановительной хирургии пищевода является разработка методов внутриплевральной толстокишечной эзофагопластики. Разработанные преимущественно для лечения рубцовых сужений пищевода эти операции иногда применяются и при лечении рака пищевода. В 1951 г. Orsoni и Lemaire предложили использовать для внутриплевральной пластики пищевода трансплантат из поперечной ободочной кишки. В клинике впервые успешную внутригрудную пластику пищевода толстой кишкой выполнил Lortat-Jacob (1951), использовав с этой целью часть правой и правую половину поперечной ободочной кишки. Внутриплевральную пластику пищевода при раке грудного отдела пищевода впервые успешно применили Nevilli и Gloves (1958) правой половиной толстой кишки. Целью исследования является освещение показаний и техники внутриплевральной пластики пищевода толстой кишкой на современном уровне.

Ключевые слова: толстокишечная эзофагопластика, стеноз, рак

Актуальность. Большим достижением восстановительной хирургии пищевода является разработка методов внутриплевральной толстокишечной эзофагопластики. Разработанные преимущественно для лечения рубцовых сужений пищевода эти операции иногда применяются и при лечении рака пищевода. В 1951 г. Orsoni и Lemaire предложили использовать для внутриплевральной пластики пищевода трансплантат из поперечной ободочной кишки. В клинике впервые успешную внутригрудную пластику пищевода толстой кишкой выполнил Lortat-Jacob (1951), использовав с этой целью часть правой и правую половину поперечной ободочной кишки с питающей ветвью левой ободочной артерии. Проксимальная часть трансплантата была соединена с пищеводом, а дистальная — с тощей кишкой. Внутриплевральную пластику пищевода при раке грудного отдела пищевода впервые успешно применили Nevilli и Gloves (1958). Техника операций, примененных Невиль и Глоувз, следующая. При раке пищевода, располагающемся в средней трети и выше дуги аорты, применяются правосторонняя торакотомия и лапаротомия. Операция выполняется одновременно двумя бригадами хирургов. Одна бригада мобилизует и удаляет пораженный участок пищевода. В это время другая бригада хирургов мобилизует правую половину толстой кишки, включая слепую кишку, аналогично методике Ройт, или сохраняя слепую кишку по методике А. А. Шалимова (рис. 265). При плохих анастомозах между средней и левой ободочной артериями вполне допустима мобилизация кишки по методике Лафарга (рис. 266). Через отверстие в диафрагме кишку проводят в правую плевральную полость, где первая бригада формирует пищеводно-кишечный анастомоз конец в конец. Вторая бригада в это время накладывает желудочно-толстокишечный анастомоз.

В США наиболее популярна пластика пищевода правой половиной толстой кишки. В Англии чаще для этих целей используется ее левая половина. Толстая кишка может быть перемещена как в антиперистальтическом направлении, так и изоперистальтически. Некоторые хирурги предпочитают проведение трансплантата из поперечного отдела или левой половины толстой кишки интраплеврально позади корня легкого, не придавая особого значения при этом перистальтической ориентации трансплантата. При сравнительном изучении опыта операций пластики пищевода толстой кишкой отмечено, что в 70% случаев трансплантат был проведен позади корня легкого изоперистальтически и в 30% — ретроперистальтически. В основном это были пациенты с атрезией пищевода и культей его дистального сегмента.

Целью исследования является освещение показаний и техники внутриплевральной пластики пищевода толстой кишкой на современном уровне.

Показания: 1) доброкачественные стриктуры пищевода, обычно локализующиеся в средне- и нижнегрудном отделах; 2) большие доброкачественные опухоли нижней трети пищевода при ситуациях, когда вылушивание невозможно; 3) рак нижней трети пищевода и рак кардии с переходом на пищевод;

Все перечисленные показания относятся к случаям, когда для замещения пищевода нельзя использовать желудок.

Противопоказания: тяжелые сердечно-легочные заболевания, при которых проводить торакотомию опасно.

Специальная подготовка: как при суб- и тотальной шунтирующей пластике пищевода толстой кишкой.

Позиция больного: вначале лежа на спине, затем на левом боку с валиком под грудной клеткой (стол поворачивают вместе с больным налево).

Анестезия: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: широкая верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева, затем переднебоковая торакотомия справа в IV—V межреберье.

Основные этапы операции:

— лапаротомия, ревизия брюшной полости

— формирование трансплантата и анастомозирование его с желудком, восстановление проходимости толстой кишки

— диафрагмокруротомия

— выведение трансплантата в плевральную полость; дренирование и ушивание брюшной полости

— торакотомия, ревизия пищевода

— резекция пищевода или (при доброкачественных рубцовых стриктурах) соединение трансплантата с пищеводом по типу шунтирующей пластики

— проведение зонда в трансплантат для декомпрессии, дренирование и ушивание плевральной полости

При рубцовых стриктурах пищевода применяют два основных вида шунтирующей пластики толстой кишкой. Первый — по типу «чемоданной ручки», когда оба анастомоза с пищеводом накладываются в плевральной полости выше и ниже стриктуры. Верхний анастомоз формируется по типу «бок в бок», нижний — «конец в бок». Преимуществом подобного вида пластики является сохранение кардиального сфинктера, основными недостатками — сложность и длительность операции, опасные осложнения. При втором виде внутриплевральной толстокишечной шунтирующей пластики один анастомоз накладывается в плевральной полости выше стриктуры, другой — с желудком — в брюшной полости (рисунки 1).

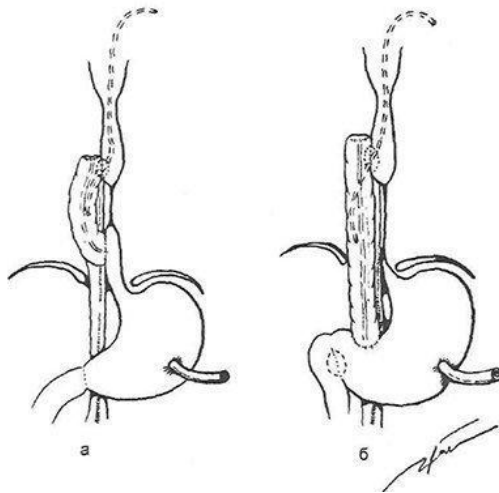


Рисунок 1 - Варианты внутривневальной пластики пищевода толстой кишкой. а — по типу «чемоданной ручки»; б — наиболее распространенный вариант — нижний анастомоз с желудком

При более редких вариантах протяженных рубцовых стриктур шейного и верхнегрудного отделов пищевода анастомоз трансплантата с пищеводом в правой плевральной полости накладывают по типу «конец в бок», а на шее — с правым грушевидным синусом глотки — «бок в бок» (рисунок 2).

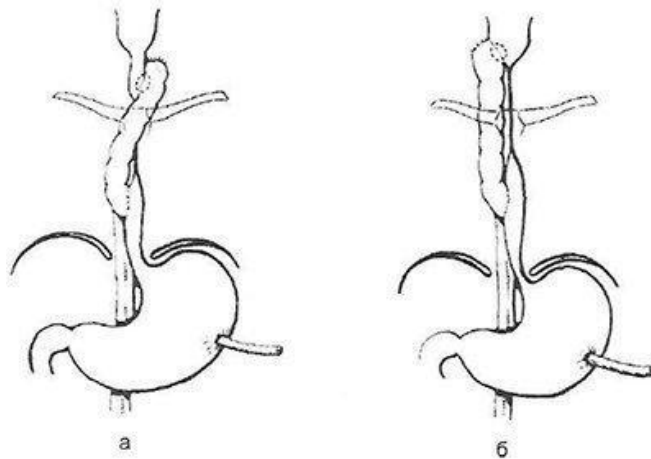


Рисунок 2 - Редкие варианты внутривневальной пластики сегментом толстой кишки на длинной сосудистой ножке. а — верхний анастомоз с пищеводом «конец в бок»; б — с глоткой «бок в бок» на шее

Для подобных вариантов эзофагопластики необходимо формирование изо- или антиперистальтического толстокишечного трансплантата на длинной сосудистой ножке, обычно включающей Риоланову дугу (рисунок 3-4).

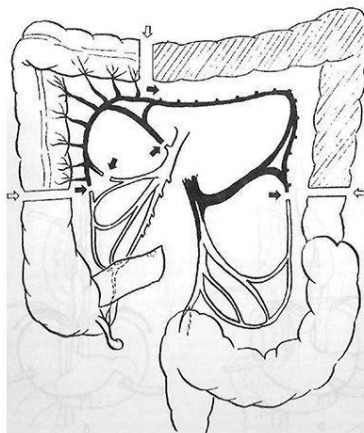


Рисунок 3 - Выкраивание изо- или антиперистальтического толстокишечного трансплантата на сосудистой ножке

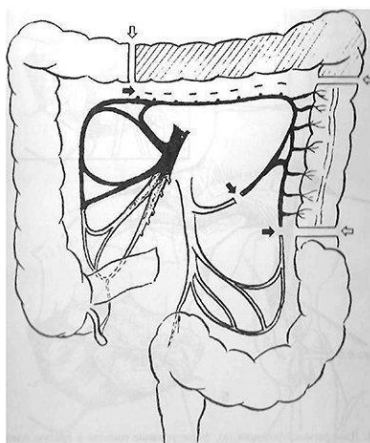


Рисунок 4 - Выкраивание антиперитонеального толстокишечного трансплантата на сосудистой ножке

Далее мобилизуют левую долю печени рассечением треугольной связки и отводят ее вправо крючком Савиных. Мобилизуют абдоминальный отдел пищевода. Правую медиальную ножку диафрагмы рассекают ножницами, пальцами раздвигают ткани, создавая канал, идущий в правую плевральную полость (рисунок 5).

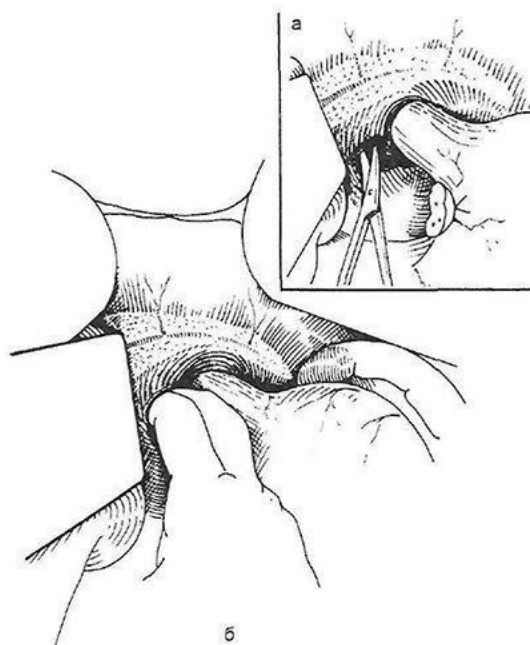


Рисунок 5 - Диафрагмокуротомия (а), формирование тоннеля в правую плевральную полость с помощью пальцев (б)

При пластике по типу «чемоданной ручки» трансплантат проводят в правую плевральную полость вместе с сосудистой ножкой позади желудка. После правосторонней торакотомии при необходимости пересекают и перевязывают дугу непарной вены и накладывают верхний колоэзофагоанастомоз по типу «бок в бок», а нижний — по типу «конец в бок» двумя рядами узловых атравматических швов (викрил 000). В трансплантат вводят зонд для декомпрессии, плевральную и брюшную полости дренируют (рисунок 6).

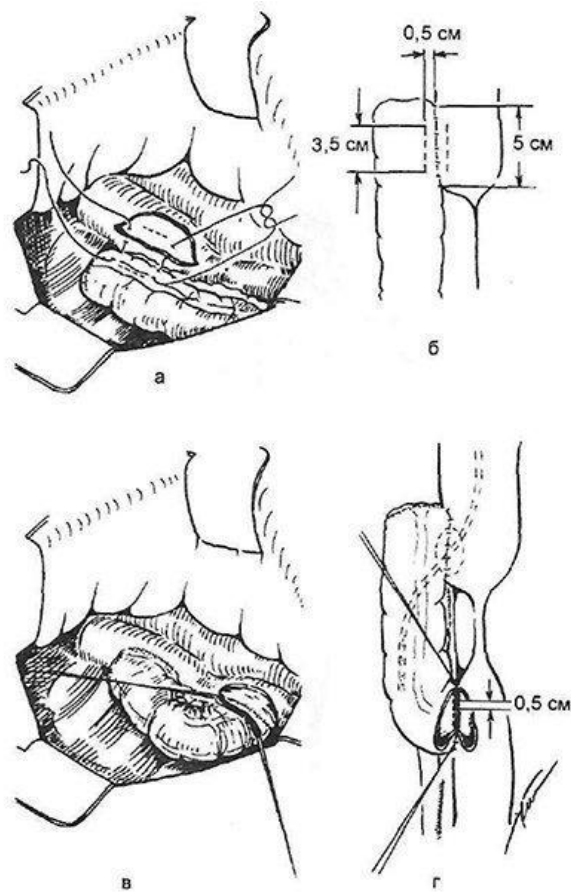


Рисунок 6 - Формирование анастомозов в плевральной полости при пластике пищевода толстой кишкой по типу «чемоданной ручки» (а—г)

В типичных случаях сформированный для пластики средней и нижней трети пищевода трансплантат располагают за желудком и анастомозируют с антральным отделом в поперечном направлении. При необходимости к круротомии добавляют ограниченную (до нижней диафрагмальной вены) сагиттальную диафрагмотомию, чтобы избежать сдавления трансплантата (рисунок 7, а—в).

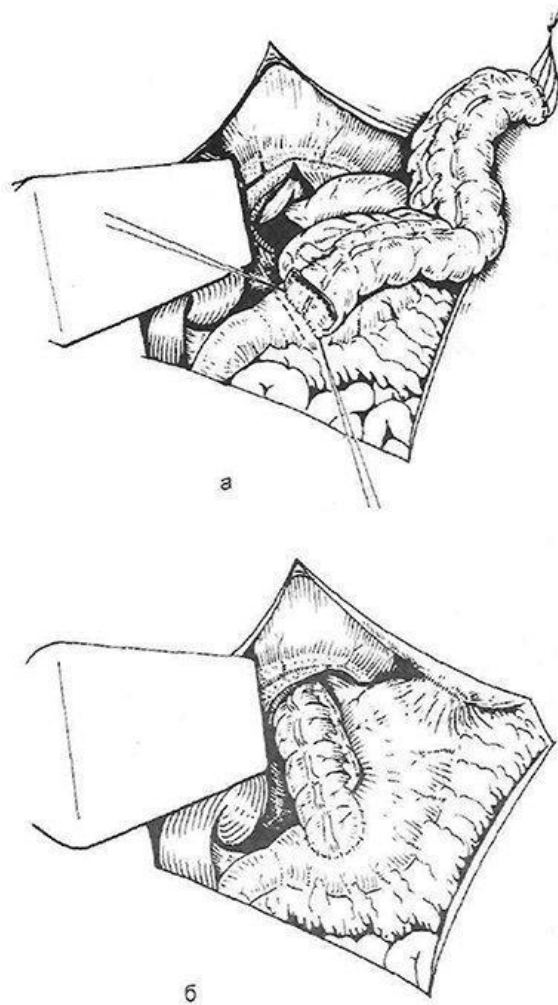


Рисунок 7 - Частичная сагиттальная диафрагмотомия в дополнение к круротомии, наложение кологастроанастомоза. а — трансплантат и его сосудистая ножка проведены за желудком; б — толстокишечный трансплантат анастомозирован с желудком и проведен в правую плевральную полость

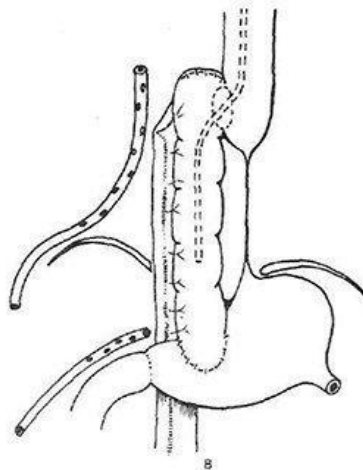


Рисунок 8 - Продолжение. в — схема завершения операции внутривлепальной шунтирующей пластики пищевода толстой кишкой

Проводят трансплантат в правую плевральную полость. Выполняют правостороннюю торакотомию, формируют колозофагоанастомоз по типу «бок в бок» таким же образом, как было описано выше. Для того чтобы избежать образования «слепого мешка» собственного пищевода, проксимальный анастомоз формируют как можно ближе к стриктуре. Так же проводят зонд в трансплантат для декомпрессии, плевральную и брюшную полость дренируют. Если есть гастростома, ее открывают на 2—3 послеоперационных дня для декомпрессии желудка. В других случаях в желудок можно провести зонд через трансплантат. Таким образом, все вышесказанное определяет актуальность и своевременность изучения внутривлепальной пластики пищевода толстой кишкой, основной целью которой — осветить на современном уровне проблемы показаний и техники внутривлепальной пластики пищевода толстой кишкой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода // Клинические аспекты хирургии. - М.: Медицина, 1978. - С.128-164.
- 2 Матяшин М.М. Тотальная пластика пищевода толстой кишкой. — Киев: Здоровья, 1971. - 192 с.
- 3 Черноусов А.Ф., Сильвестров В.С., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода при раке и доброкачественных стриктурах. - М.: Медицина, 1990. - 142 с.
- 4 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Богопольский П.М., Воронов М.Е. Выбор метода пластики пищевода // Вестн. РАМН. - 1997. - № 9. - С. 21-25.
- 5 Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М. Опыт 1100 плас тик пищевода // Хирургия. — 1998. — № 6. — С. 21 —25.
- 6 Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - 349 с.
- 7 Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода. — М.: Медицина, 1975. - 368 с.
- 8 Cheng B., Lu S.Q., Gao S.Z., Tu Z.F., Lin DM, Wang T.S. Colon replacement of the esophagus. Clinical experience from 240 cases// Clin. Med. J. — 1994. — Vol. 107, №3. - P. 216-218.
- 9 Cseke L., Horvath O. Indications, new surgical technique and results of colon interposi tion or bypass in esophageal surgery // Acta chir. Hung. — 1997. — Vol. 36, №1. - P.49-50.

**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**

ӨКПЕҚАП ІШЛІК ӨНЕШТІҢ ТОҚ ІШЕКПЕН ПЛАСТИКА ЖАСАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Қалпына келтіру хирургиясының үлкен жетістіктерінің бірі болып өкпеқап ішілік өнештің тоқ ішекпен эзофагопластика әдісін ойлап табуы болып келеді. Өнештің тыртықтық тартылуына арналып жасалған ота әдістері өнештің қатерлі ісігін емдеуге де қолданылады. 1951 жылы Orsoni және Lemaire өкпеқап ішілік өнеш пластикасын көлденең жиек ішек трансплантатын қолдануға ұсынды. Ең алғашқы рет клиникада кеуде ішілік өнешті тоқ ішекпен пластика тәсілін сәтті қолданған Lortat-Jacob (1951), сол мақсатпен көлденең жиек ішектің оң жағын қолданған. Өнештің кеуде бөліміндегі қатерлі ісігінде тоқ ішектің оң жартысымен өкпеқап ішілік пластикасын алғаш рет қолданған Nevilli және Gloves (1958). Зерттеудің мақсаты өнештің тоқ ішекпен өкпеқап ішілік пластикасын көрсеткіштерімен қолдану тәсілдердің Заманауи деңгейде көрсету болып табылады.

Түйіндер сөздер: тоқ ішекпен эзофагопластика, стеноз, рак.

**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**

FEATURES OF INTRAPLEURAL PLASTIC OF ESOPHAGUS BY THE COLON

Resume: The development of methods of intrapleural colonic esophagoplasty is a great achievement in reconstructive surgery of the esophagus. These operations are designed mainly to treat cicatricial narrowing of the esophagus, but are sometimes used for treat cancer. In 1951 Orsoni and Lemari proposed using a transplant from the transverse colon for intrapleural plasty. For the first time, a successful intrathoracic plasty of the esophagus with the use of the large intestine was performed by Lortat-Jacob in 1951, he used the right half of the transverse colon for this purpose. Intrapleural plasty of the esophagus for cancer of the thoracic esophagus was successfully applied by Neville and Gloves in 1958, they used the right half of the large intestine. The aim of the scientific research is to illuminate at the current level indications and techniques of intrapleural plasty of the esophagus with the use of the large intestine.

Keywords: colonic esophagoplasty, stenosis, cancer.