**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА**

*Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы.*

*Жураев Ш.Ш., Шайхиев Е.У., Байтилеуов Т.А., Симоньянц К.Э., Рахимов Е.Р., Шокебаев А.А., Маметова Т.А.*

**Ключевые слова:** стриктура пищевода, ожог пищевода, реконструктивно-восстановительное лечение.

Лечение различного рода послеожоговых стриктур пищевода являются сложной задачей современной хирургии. Решение вопросов хирургической тактики осложняется множественным поражением и сопутствующими заболеваниями.

**Keys:** esophageal stricture, esophageal burn, reconstructive and rehabilitating treatment.

The treatment of different kinds of esophageal burn is the rather difficult problem in nowadays surgery. The decision of the surgery method complicated by multiply lesions and intercurrent diseases.

**Введение.** Несмотря на создание все более совершенных упаковочных контейнеров (например, контейнеры с защитой от детей) и табличек с наименованием препарата и перечисленными мерами предосторожности, в настоящее время случаи химического повреждения пищевода не имеют тенденции к снижению. Так, в Казахстане ежегодно отмечается около 700 новых случаев химической травмы пищевода, умирают при этом 14% больных. В России химические травмы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта имеют наиболее широкое распространение, нежели в других странах и составляют 10-32% от всех пострадавших, поступающих в центры лечения острых отравлений.

Эффективность консервативного лечения (бужирование Рубцовых сужений) при рубцовых стриктурах пищевода общепризнанна и позволяет у 70%) больных добиться выздоровления. Однако, при сочетанных послеожоговых рубцовых поражениях желудка вопрос о консервативном лечении во многих случаях отпадает. Известно, что рубцовые изменения наиболее выражены (и тем самым приводят к функциональной неполноценности органа) в местах физиологических сужений пищеварительного канала. В желудке нормальному пассажу пищи препятствуют рубцовые изменения кардиального и выходного его отделов. Таким образом, у пациента начинают постепенно развиваться тяжелые нарушения в гомеостазе, связанные с неполноценным приемом и перевариванием пищи. Очевидно, что выход из сложившейся серьезной ситуации в хирургической помощи, являющаяся для пациента единственно радикальным методом коррекции стойких рубцовых изменений, позволяющей надеяться на выздоровление и комфортное самочувствие больного в обществе [1,2,3,4].

**Материалы и методы.** С 1980 по 2010 годы в торако-абдоминальном отделении Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова шунтирующая колопластика по поводу послеожоговых рубцовых сужений пищевода произведена 113 больным. Из них мужчин было 54 (47,8%), женщин - 59 (52,2%) в возрасте от 16 до 72 года, средний возраст составил 46,3 лет.

Причиной возникновения химических ожогов пищевода, глотки и желудка у больных явилось употребление внутрь едких химических веществ. При этом у 71 (62,8%) больных ожог верхних отделов желудочно-кишечного тракта возник в виду случайного употребления, у 29 (25,7%) больных -преднамеренно с суицидальной целью, у остальных 13 (11,5%) - в состоянии алкогольного опьянения.

У 70 (61,9%о) пациентов были отравления кислотами. Отравления щелочью отмечено у 35 (31%>) больных, ожог неизвестным химическим агентом в 9 (7,9%)) случаях. Сочетанные рубцовые стриктуры сформировались до поступления в хирургическую клинику, в сроки от одного месяца до трех лет. У 2 пациентов формирование ожоговой непроходимости эзофагогастродуоденального тракта продолжалось в стационаре с длительностью анамнеза заболевания от начала получения химической травмы 3-7 недель. Ожог желудка являлся чаще всего поздним осложнением, проявляющимся грубыми анатомическими изменениями конфигурации органа (рубцовая деформация и сморщивание), которые приводили к выраженным функциональным расстройствам.

У 73 (64,6%о) пациентов установлено сочетанное поражение пищевода и желудка. В 28 (24,8%) случаях наблюдалось сочетанное послеожоговое рубцовое сужение глотки и пищевода и у 12 (10,6%) больных выявлены изолированные рубцовые стенозы пищевода.

Подавляющее большинство поступивших к нам пациентов имели дефицит массы тела. Дефицит массы тела был особенно выраженным у больных с тотальной рубцовой стриктурой пищевода или с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка и составлял от 3 до 25 килограммов.

Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на дисфагию, чувство тяжести в эпигастрии, а также на наличие изжоги, тошноты, рвоты, общую слабость, похудание, снижение трудоспособности. Эту группу тяжелых больных составляли лица, находящиеся в депрессивном состоянии, в основном молодые девушки после неудачных попыток суицида. А у лиц старше 40 лет имелись различные сопутствующие заболевания органов сердечно-сосудистой системы, дыхания, мочевыделительной системы и другие. Следует указать, что нередко больные злоупотребляли алкоголем не только на догоспитальном этапе, но, к сожалению, и в условиях стационара. Больным, поступившим в хирургическую клинику с сочетанными послеожоговыми Рубцовыми стриктурами, применялись общеклинические и специальные методы обследования.

Диагностика сочетанных рубцовых изменений пищевода у большинства больных не вызывала затруднений, при условии комплексного диагностического подхода, который способствовал выявлению истинной картины поражения органов. В случае полной непроходимости пищевода и отсутствия у больного гастростомы рубцовые изменения в желудке устанавливались на основании клинических проявлений и данных УЗИ обследования желудка [5], а также во время интраоперационной ревизии желудка и двенадцатиперстной кишки во время наложения гастростомы. В связи с тем, что в желудке процесс формирования рубцовых изменений занимает длительное время, окончательное заключение о поражении желудка выясняется путем проведения гастро-дуоденографии и (или) гастро-дуоденоскопии через гастростому на этапе предоперационной подготовки к реконструктивно-восстановительной операции.

Во всех случаях выполнение одномоментной реконструктивно-восстановительной операции представлялось не возможным. В виду выраженных метаболических расстройств первым этапом производилась гастростомия, с целью наладить энтеральное питание. Следует отметить, что многим пациентам (в основном в группе сочетанных поражений пищевода и желудка, п=81), кроме гастростомии на первом этапе были произведены различные хирургические вмешательства. Так, у 16 (19,8%) больных выполнена резекция желудка, в 3 (3,7%) случаях пациенты перенесли торакотомию, вследствие перфорации рубцово-суженного пищевода, в оставшихся 62 (76,5%) наблюдениях выполнена гастроэнтеростомия. Реконструктивно-восстановительные вмешательства у всех пациентов выполнены на втором этапе, спустя 4-7 месяцев после первого этапа лечения.

**Результаты и обсуждение.** После предоперационной подготовки всем 113 пациентам выполнена шунтирующая толстокишечная пластика. Предоперационной подготовке уделялось первостепенное значение, поскольку широкий спектр патофизиологических изменений, манифестирующих, во время оперативных вмешательств по поводу послеожоговых рубцовых сужений пищевода, ставит больных в условия высокого риска развития послеоперационных осложнений.

В виду того, что толстокишечная пластика пищевода имеет свои особенности - выкраивание трансплантата из ободочной кишки, создание трех, а то и пяти анастомозов по восстановлению непрерывности желудочно-кишечного тракта, вероятность возникновения у этой категории пациентов инфекционных осложнений в послеоперационном периоде возрастает в несколько раз. Этому способствует ослабленное состояние иммунной системы у больных хроническим алкоголизмом (к тому же практически все злостные курильщики), а также состояние хронического депрессивного синдрома. Вероятность возникновения инфекционных осложнений увеличивается в десятки раз, если пациент находится на стационарном лечении в условиях повсеместного сезонного обострения острых респираторных вирусных инфекций (осень, весна).

Данные обстоятельства диктуют необходимость назначения высокоэффективных, недорогих антибактериальных препаратов. В последнее время мы отдаем предпочтение антибиотикам цефалоспоринового ряда третьего поколения или комбинированным антибиотикам с широким спектром бактерицидной активности. Назначение таких антибиотиков в большинстве случаев предотвращало развитие тяжелых инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Перед реконструктивно-восстановительным вмешательством, как правило, при сочетанных рубцовых сужениях пищевода и глотки проводили бужирование глотки по струне-проводнику полыми рентгенконтрастными бужами до бужа №40 по шкале Шарьера. Данная процедура преследовала своей целью максимальное расширение рубцовых сужений глотки, для того, чтобы в последующем во время основного вмешательства создать глоточно-кишечное соустье в «оптимальных» условиях на шее.

В многих случаях формирование колотрансплантата (искусственного пищевода) осуществлялось по известной методике из левой половины ободочной кишки на питающей средней или левой ободочной артериях. Левая половина толстой кишки использована в 64 (56,6%) случаях, левая половина с дополнительным подключением сегмента сигмовидной кишки в 48 (42,5%) наблюдениях, в одном случае (0,89%) для создания искусственного пищевода был использован правый отдел ободочной кишки. Сформированный колотрансплантат размещали в переднем средостении, загрудинно.

Кровоснабжение искусственного пищевода в 59 (52,2%) случаях осуществлялось за счет средней ободочной артерии, в 33 (29,3%) наблюдениях кровоснабжение осуществлялось за счет средней и левой ободочных артерий, в 22 (19,5%) - за счет левой ободочной и первой сигмовидной артерии.

В последнее время мы формируем колотрансплантат на питающей средней ободочной артерии. С целью улучшения кровообращения и профилактики некроза дистальной части трансплантата (часть, которая соединяется с пищеводом или глоткой) нами выполняется следующий способ его выкраивания. В отличие от общепринятого способа не следует пережимать и пересекать аркаду, соединяющую левую ободочную артерию с первой сигмовидной артерией. Производится выделение сосудов и их перевязка максимально в проксимальном направлении у места их отхождения от нижней брыжеечной артерии. Необходимо сохранить и ствол первой сигмовидной артерии. Первую сигмовидную артерию перевязывают у места отхождения ее от нижней брыжеечной артерии. Бывают анатомические варианты, когда первая сигмовидная артерия отходит от левой ободочной артерии, в таких случаях легко сохранить оба магистральных сосудистых ствола, перевязав левую ободочную артерию тотчас у места ее отхождения от нижней брыжеечной артерии. Таким образом, питающая средняя ободочная артерия (в подавляющем большинстве случаев хорошо развитая) и сохраненные стволы левой ободочной и первой сигмовидной артерий, а также соединяющие их аркады, обеспечивает адекватное кровоснабжение кишечного трансплантата, при этом сохраненная сосудистая дуга, соединяющая левую ободочную артерию с первой сигмовидной артерией создает дополнительные оптимальные условия для кровоснабжения дистального отдела колотрансплантата.

Учитывая наш собственный опыт, мы считаем, что пациентам с последствиями щелочных ожогов пищевода (особенно при тотальном сужении), а также лицам, перенесших перфорацию рубцово-суженного пищевода и медиастинит не следует проводить резекцию или экстирпацию пищевода с последующей пластикой желудком. При таких обстоятельствах это вмешательство не оправдано, за счет своей травматичности. При щелочных ожогах, особенно, если пациент принял эту химическую жидкость преднамеренно с суицидальной целью, поражение пищевода носит более тяжелый характер и при этом наиболее выражены патологические морфологические процессы в травмированном органе и в окружающих его тканях, как правило, наблюдаются выраженные рубцовые изменения в заднем средостении. В связи с этим выделение и удаление пищевода из заднего средостения в таких случаях технически очень сложно и чревато возникновением интраоперационных серьезных осложнений. Данные интраоперационные осложнения значительно усугубляют тяжесть проводимого вмешательства и послеоперационного состояния больных, неся непосредственно угрозу жизни таким пациентам.

Таким образом, 12 (10,6%) больным с изолированными рубцовыми стенозами пищевода также выполнена шунтирующая эзофагоколопластика. Из них у 6 пациентов протяженная стриктура пищевода развилась вследствие ожога щелочью, а у 5 больных в анамнезе имелась перфорация пищевода, возникшая в результате слепого бужирования, предпринятого по месту жительства.

В наших наблюдениях несостоятельности коло-колярных, коло-гастральных анастомозов не наблюдалось. Несостоятельность анастомоза на шее (сформированного с пищеводом или глоткой) наблюдалась в 11 (10,1%) случаях. Отдаленные результаты были изучены у 102 (93,6%) больных в сроки от 5 месяцев до 15 лет. Положительный отдаленный результат достигнут у 87% больных. Стенозирование анастомоза на шее наблюдалась у 21 (18,6%) пациентов. Проходимость анастомоза восстанавливалась путем бужирования. Одному пациенту не удалось восстановить проходимость фарингоколоанастомоза в виду полной облитерации соустья. Данному пациенту произведена реконструкция анастомоза. Летальных исходов в группе пациентов, которым была произведена эзофагофарингопластика не было.

Четверо пациентов умерло после эзофагоколопластики (на этапе освоения методики), летальность при этом составила 3,5%. Причиной смерти служили в основном бронхолегочные, сердечно-сосудистые и гнойно-септические (при некрозе трансплантата) осложнения.

**Заключение.** Особенностью фаринго-колоанастомоза является его частое рубцовое стенозирование. Поэтому ликвидация гастростомы на этапе реконструктивно-восстановительного лечения представляется нецелесообразным. Устранять гастростому следует в тех случаях, когда пациент полностью адаптируется к приему пищи естественным путем.

При сочетанных послеожоговых рубцовых сужениях пищевода и глотки показана шунтирующая эзофагофарингоколопластика.

Таким образом, адекватная дооперационная верификация характера поражения пищевода, соблюдение основных принципов подготовки к вмешательству и постановка объективных показаний к тому или иному виду реконструктивно-восстановительного лечения позволяют достичь положительных результатов практически во всех наблюдениях. Долю неблагоприятных исходов после лечения составляют, в настоящее время, случаи, так называемых трудноконтролируемых фатальных осложнений.

**Литература.**

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.

2. Волков СВ., Ермолов А.С., Лужников Е.А. Химические ожоги пищевода и желудка (Эндоскопическая диагностика и лазеротерапия). - М.: ИД «Медпрактика-М», 2005. - 120с.

3. Методы реконструкции пищевода / Роман Л.Д., Карачун A.M., Шостка К.Г., Костюк И.П. // Практическая онкология, 2003, Т.4, №2, С.99-108.

4. Андрианов В.А., Зенгер В.Г., Титов В.В. Результаты эзофагофарингопластики толстой кишкой при сочетанных рубцовых стриктурах пищевода и глотки // Анналы хирургии, №4, 2008, С. 18-25.

5. Баймаханов Б.Б. Эзофагопластика при послеожоговом рубцовом сужении пищевода. Автореф. дис. докт.мед.наук, Алматы, 2000.