

УДК: 616329-089,844:616,329Л345-089.86

К вопросу о внутригрудных пищеводно-толстокишечных анастомозах при эзофагопластике

А.М.Белозерцев, А.Г.Гринцов, С.С.Ксенофонов, О.А.Белозерцев

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк.
Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, Симферополь*

Ключевые слова: рубцовый стеноз пищевода, тостокишечная эзофагопластика, внутригрудной анастомоз

Восстановление утраченной, в результате химического ожога, функции пищевода у 95% больных обеспечивается выполнением толстокишечной эзофагопластики [1,4,5]. У 67% пациентов с тотальным замещением обожженного пищевода кишечным трансплантатом, при стенозах на уровне средней и нижней трети, сохраняется значительного объема «слепой мешок» пищевода в его супрастенотической части. Длительная задержка здесь пищевых масс сопровождается развитием пептического деструктивного эзофагита, нередко осложняющегося образованием эрозий и язв с возможным кровотечением, пенетрацией и перфорацией [2,3]

У этой категории больных целесообразно выполнение сегментарной толстокишечной эзофагоп-

ластики с формированием внутригрудного пищеводно-кишечного анастомоза. Применение таких операций сдерживалось весьма вероятной опасностью развития легочно-плевральных осложнений в связи с несостоятельностью швов анастомоза в клинике методика наложения интраторакального инвагинационного пищеводно-толстокишечного анастомоза, и, формирование достаточной длины с надежным кровоснабжением трансплантата, позволила выполнить такую операцию у 5 больных. Из них - 4 мужчин и 1 женщина, все пациенты социально-активного, работоспособного возраста.

Стеноз пищевода после химического ожога у двух больных был на уровне средней трети, у 3 — на уровне нижней трети грудного отдела. Всем пострадавшим для обеспечения питания ранее была

выполнена гастростомия, у одного пациента в сочетании с гастроэнтероанастомозом.

Операция сегментарной толстокишечной эзофагопластики проводилась под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов. В начале операции выполнялся её абдоминальный этап. Оценив возможности использования толстой кишки для эзофагопластики, исходя из особенностей ангиоархитектоники её при первом оперативном вмешательстве - гастростомии, производилась мобилизация поперечно-ободочной кишки (предпочтительно для изоперистальтического расположения трансплантата) с питающей сосудистой ножкой — средней ободочной артерией. Восстановив, после выкраивания колопланта, непрерывность толстой кишки анастомозом «конец в ко-

нец», а также соединив, его дистальным концом, трансплантат с передней стенкой желудка (у 2 больных - с задней) в области тела его анастомозом «конец в бок» с образованием антирефлюксной муфты, оральный конец, провизорно ушитый наглухо, будущего искусственного пищевода подводился к пищеводному отверстию диафрагмы. На этом абдоминальный этап операции заканчивался, и, на рану передней брюшной стенки накладывались провизорные швы.

Больному придается соответствующее, для торакального этапа операции, положение. Производится торакотомия справа в пятом межреберье. Легкое отводится кверху, под нижней третью грудного отдела пищевода вскрывается париетальная плевра, и обнажается пищевод от супрастенотической части до кардии. В супрастенотическую часть пищевода вводится желудочный зонд, после чего, применяя гидравлическую препаровку тканей раствором анестетика, производится мобилизация рубцово-измененной части пищевода. Над стенозом между зажимами пересекается пищевод. Через пищеводное отверстие диафрагмы (при необходимости оно несколько дилатируется) извлекается кардиальный отдел желудка, над которым пересекается абдоминальный отдел пищевода. Резецированная таким образом часть пищевода удаляется, дистальная культи его ушивается наглухо, желудок возвращается в брюшную полость. Через пищеводное отверстие диафрагмы, путем подтягивания за «нити-держалки», из брюшной полости перемещается в грудную клетку толстокишечный трансплантат, и, подводится к оральному концу пищевода. Размещенный в ложе удаленной части пищевода толстокишечный трансплантат, после снятия швов с его оральной части, соединяется с грудным концом пищевода инвагинационным анастомозом «конец в конец» двумя рядами швов. Ли-

ния швов соустья прикрывается листками париетальной плевры.

При правильном выборе выкраиваемого толстокишечного сегмента будущего искусственного пищевода и надежном его кровоснабжении, размещение трансплантата в ложе удаленной части пищевода не представляет трудностей, и, в последующем, благоприятствует его нормальной функции.

После расправления ткани легкого и установки дренажа плевральной полости, торакальная рана ушивается наглухо. Затем, сняв, провизорные швы с раны передней брюшной стенки, проводится осмотр-ревизия расположения трансплантата, желудка и толстой кишки, внутрибрюшных анастомозов. Убедившись в целесообразной синтопике органов, брюшная полость ушивается наглухо.

Во время формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза, у трех больных в искусственный пищевод проводился силиконовый зонд для декомпрессии трансплантата, его функциональной адаптации и визуального контроля. Декомпрессия желудка осуществляется через гастростомический зонд.

В послеоперационном периоде первые двое суток осуществляли парентеральное питание по классической схеме, с третьих суток через гастростому вводили питательные различные смеси, аминокислоты (Neonutrin 5% - 100 и 250 мл.). Прием пищи через рот больные начинали на пятые сутки послеоперационного периода. Рентгенологический контроль толстокишечного трансплантата и желудка, органов грудной клетки осуществляли на седьмые сутки. Функция искусственного пищевода у всех прооперированных удовлетворительная. Осложнений не было. Средние сроки выписки больных из клиники — 12-14 сутки после операции.

Отдаленные результаты прослежены у всех наших пациентов в сроки от 6 месяцев до 2,5 лет. У

4 они расценены как хорошие. У одной больной через 6,5 месяцев после операции субъективно имеются чувство тяжести в грудной клетке, тошнота после приема пищи, иногда позывы к рвоте. В настоящее время больная вызвана в клинику для стационарного обследования.

Таким образом, сегментарная толстокишечная эзофагопластика с формированием внутригрудного пищеводно-толстокишечного анастомоза целесообразна при постожоговом рубцовом стенозе дистальных отделов пищевода с точки зрения улучшения функциональных отдаленных результатов.

Применение внутригрудного инвагинационного пищеводно-кишечного и антирефлюксного кишечно-желудочного анастомозов значительно повышает надежность соустьев, и существенно улучшает функционирование искусственного пищевода

Литература

1. Бакиров А. А. Эзофагопластика левой половиной толстой кишки при ожоговой стриктуре пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - М., 2000. - №5. - С. 66-68.
2. Дубровин О. Г. Методы ликвидации рубцовых тел отковых стенозов трахеолу у детей // Ллпитальна хИрург!я. — Тернополь, 2001. - №1. - С. 79-81.
3. Мумладзе Р. Б., Бакиров А. А. Эзофагогастропластика при стриктурах пищевода // Анналы хирургии. - М., 2000. - №6. - С. 31-34.
4. Федун А. А., Федун А. А. Актуальные вопросы лечения ожоговых стриктур пищевода // Военно-медицинский журнал. - М., 1999. - №12. - С. 32-35
5. Хирургия пищевода: Рук-во / Черноузов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. - М.: Медицина, 2000. - С. 21-23

До питання про стравохідно товстокишкові анастомози при езофагопластиці

О.М.Білозерцев, О.Г.Гринцов, С.С.Ксенофонов,
О.О.Білозерцев

Відновлення втраченої, у результаті хімічного опіку, функції стравоходу забезпечуються виконанням товстокишкової ззофаготластики. У роботі представлений досвід лікування хворих з дистальними післяопіковими рубцевими стенозами стравоходу. У цієї категорії хворих доцільне виконання сегментарної товстокишкової ззофаголастики з формуванням внутрішньогрудного стравохідно-кишкового анастомозу,

Розроблена в клініці методика накладення інтрапекторального інвагінаційного стравохідно-товстокишкового анастомозу, і, формування достатньої довжини з надійним кровопостачанням трансплантата, дозволила виконати таку операцію в 5 хворих.

Застосування внутрішньогрудного інвагінаційного стравохідно-кишкового й антирефлюксного кишково-шлункового анастомозів значно підвищує надійність зв'язків та істотно поліпшує функціонування штучного стравоходу. Ключові слова: рубцевий стеноз стравоходу, товстокишкова езофагопластика, внутрішньогрудний анастомоз.

To the question about intrapectoral esophago-intestinal anastomosis at colgesophagoplastic

A.M.Belozertsev, A.G.Grintsov, S.S.Ksenofontov,
.A.Belozertsev

Restoration lost, as a result of a chemical burn, function of a gullet is provided with performance coiesophagoplastic's.

In work experience of treatment of patients with distal postburn cicatricial stenoses of a gullet is submitted. At this *category* of patients expediently performance segmentary coiesophagoplastic's with formation intrapectoral esophago-intestinal anastomosis.

The technique of imposing Developed in clinic intrapectoral invaginary esophago-intestinal anastomosis, and, formation of sufficient length with reliable blood supply of a transplant, has allowed to execute such operation at 5 patients. Application intrapectoral invaginary esophago-intestinal anastomosis and antirefluxary intestinal - gastric anastomosis considerably raises reliability anastomosis and essentially improves functioning an artificial gullet.

Key words: a cicatricial stenosis of a gullet, coiesophagoplastic's, intrapectoral esophago-intestinal anastomosis.