

ВЫБОР СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ШУНТИРУЮЩЕЙ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ

З.М.НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е.ЛИГАЙ, О.М.ГУЛЯМОВ, Д.А.ХАДЖИБАЕВ,
А.О.ЦОЙ

Choice of method of esophageal anastomosis forming in shunting coloesophagoplastic

Z.M.NIZAMHODZHAEV, R.E.LIGAY, O.M.GULYAMOV, D.A.HADZHIBAEV, A.O.TSOY

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Проанализированы результаты лечения 93 больных с пострубцовым стенозом пищевода (ПРСП), нерезектабельными стадиями рака пищевода и травматическим повреждением последнего, у которых в качестве восстановительной операции использована шунтирующая колоэзофагопластика. Количество специфических осложнений (несостоятельность анастомоза, некроз трансплантата) составило 21,9%. С внедрением в клиническую практику усовершенствованного косоперечного эзофагоколоанастомоза частота осложнений уменьшилась до 7,7%.

The results of treatment of 93 patients with postburn cicatricial stenosis of the esophagus (PBCSE), irresectable stages of oesophageal cancer and trauma of oesophagus at whom shunting coloesophagoplastics was used as a recovering operation were analysed.

The percentage of specific complications (esophageal anastomosis insufficiency and transplant necrosis) was 21,9%. After introduction of modified aslant-crossing esophagocoloanastomosis the frequency of complications reduced and became 7,7%.

Шунтирующая колоэзофагопластика относится к категории сложных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе [1,2,4,5]. В начальный период становления хирургии пищевода эта операция выполнялась в несколько этапов, что, с одной стороны, психологически тяжело переносилось пациентами, а с другой, – удлиняло процесс лечения [3,6,7]. При этом трансплантат проводился антеторакально, что хуже как в функциональном, так и в косметическом отношении [1,3,8]. В настоящее время шунтирующая колоэзофагопластика осуществляется одномоментно, т.е. формирование трансплантата завершается наложением шейного пищевода анастомоза, а трансплантат проводится на шею ретростернально [5,9,10].

Некоторые вопросы относительно показаний к выполнению шунтирующей колоэзофагопластики остаются спорными. В основном ее используют у больных с постожоговыми рубцовыми сужениями пищевода (ПРСП) при неэффективности или невозможности инструментальных методов лечения, а также в качестве паллиативного вмешательства в нерезектабельных стадиях рака пищевода [1,5,7].

Наиболее частым и опасным осложнением является недостаточность пищеводно-толстокишечных шейных анастомозов. Несмотря на то, что несостоятельность практически не приводит к летальным исходам, она становится главной причиной рубцовых сужений

анастомозов, что требует неоднократных курсов бужирования или повторных реконструктивных вмешательств [2-4].

Разработка оптимальных вариантов пищеводных анастомозов при шунтирующей колоэзофагопластике актуальная проблема хирургии пищевода.

Цель: определить оптимальные варианты пищеводно-толстокишечных анастомозов на шее при шунтирующей колоэзофагопластике.

Материал и метод

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 1994 – 2007 гг. шунтирующая колоэзофагопластика выполнена 93 больным. У 89 было ПРСП, у 3 – нерезектабельные стадии рака пищевода, у 1 – травматическое повреждение пищевода.

У 89 пациентов произведена одномоментная ретростернальная шунтирующая колоэзофагопластика, у 4 больных из-за сочетанного ожога выходного отдела желудка пластика пищевода дополнялась резекцией 1/2 желудка (РЖ) по Вильрот I. У 62 больных трансплантат был сформирован из левой половины толстой кишки на питающей левой ободочной артерии, у 31 – из поперечно-ободочной кишки на питающей средней ободочной артерии. Сформированный колотрансплантат во всех случаях проводился на шею ретростернально: в изоперистальтическом направлении у 86, в

Таблица 1. Распределение больных по группам и характеру патологии пищевода

Характер операции	Характер патологии пищевода					Всего
	опухоль		ПРСП		травма	
	КГ	ОГ	КГ	ОГ	ОГ	
Шунтирующая пластика	3	-	38	48	1	90
Шунтирующая пластика + РЖ	-	-	-	3	-	3
Всего	3	-	38	51	1	93

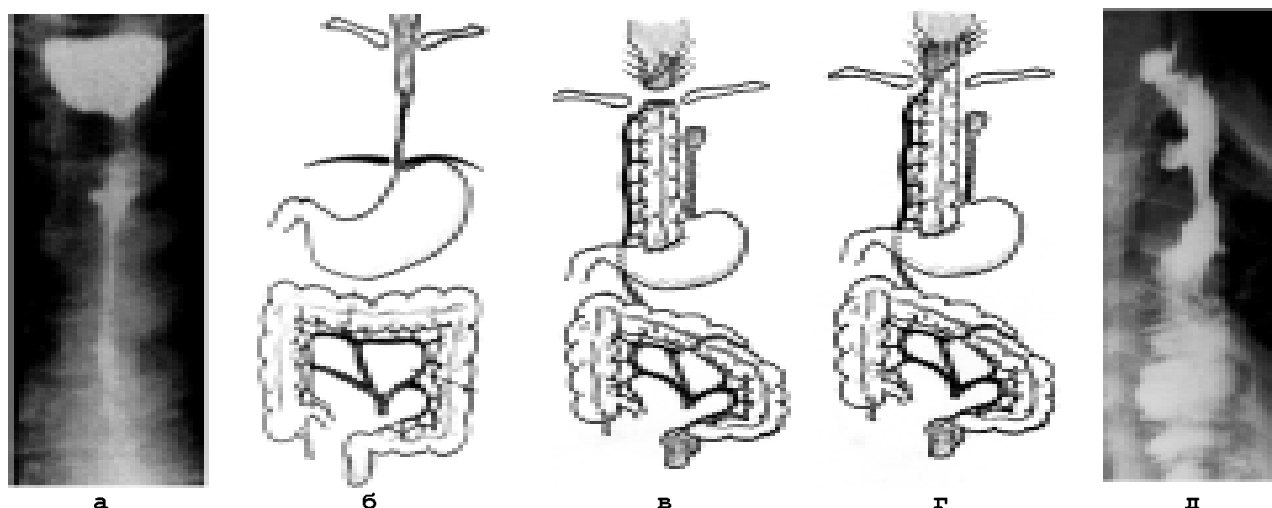


Рис. Схема формирования косопоперечного эзофагоколоанастомоза.

R-картина субтотального ПРСП (а), этапы шунтирующей колоэзофагопластики с формированием косопоперечного эзофагоколоанастомоза (б, в, г), R-картина ЭКА и колотрансплантата (д).

антиперистальтическом у 7.

В зависимости от способа формирования внеполостных пищеводных анастомозов больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу (КГ) составил 41 больной, у которого использовали традиционные способы пищеводных анастомозов. В основную группу (ОГ) вошли 52 пациента, у которых применялся новый вариант эзофагоколоанастомоза (табл.1).

Результаты и обсуждение

В контрольной группе использовано два варианта пищеводно-толстокишечных анастомозов: у 27 «конец в конец» с салазочными швами Березова (ЭКА к-к салаз.), у 14 «конец в бок» (к-б). Среди больных с ПРСП при использовании ЭКА к-б недостаточность анастомоза (НА) развилась у 2 (14,3%), а при ЭКА к-к салаз - у 4 (16,7%); у 1 (4,2%) больного несостоятельность возникла на фоне тотального некроза колотрансплантата. Таким образом, частота специфических осложнений колоэзофагопластики у больных с ПРСП составила 18,4% (7 б-х) (табл. 2).

У 3 больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода после шунтирующей колоэзофагопластики результаты операции оказались неутешительными, так как у 2 из них развилась недостаточность ЭКА к-к с салазочными швами Березова, обусловленная, по-видимому, тяжестью состояния. Эти пациенты в последующем выписаны в тяжелом состоянии. В настоящее время эти вмешательства у больных раком пищевода мы не применяем, отдавая предпочтение эндоскопическому

стензированию.

Таким образом, недостаточность ЭКА после шунтирующей колоэзофагопластики развилась у 8 (19,5%) больных КГ, а некроз колотрансплантата - у 1 (2,4%). Количество специфических осложнений в КГ составило 21,9%.

На основании собственного опыта и данных литературы мы выделили 4 наиболее часто встречающиеся технические ошибки при формировании анастомозов:

- 1) нарушение кровоснабжения трансплантата;
- 2) несоответствие диаметра культи пищевода и трансплантата;
- 3) избыточная мобилизация анастомозируемой культи пищевода;
- 4) натяжение швов в области анастомоза.

В 2001 г. в отделении хирургии пищевода и желудка разработан принципиально новый метод формирования «косопоперечного» пищеводно-толстокишечного анастомоза. Идеей создания этого варианта анастомоза послужило то, что всегда диаметр культи пищевода меньше толстокишечного трансплантата, что может привести к нежелательному гофрированию линии анастомоза с нарушением кровоснабжения анастомозируемых органов. В связи с этим переднелевая стенка пищевода рассекается вверх в косопоперечном направлении на 2-3 см, при этом диаметр анастомозируемой культи пищевода приближается по размеру к проксимальной части колотрансплантата с минимальной мобилизацией правой стенки культи пищевода (рис.).

Таблица 2. Частота развития пищеводных анастомозов в КГ у больных с ПРСП, абс. (%)

	Число б-х	НА	Некроз трансплантата + НА	Специфические осложнения
ЭКА к-б	14	2 (14,3)	-	2 (14,3)
ЭКА к-к салаз	24	4 (16,7)	1 (4,2)	5 (20,8)
Всего	38	6 (19,5)	1 (2,6)	7 (18,4)

Косопоперечный эзофагоколоанастомоз обладает такими преимуществами, как широкая площадь формируемого анастомоза, соответствие диаметров анастомозируемых органов, что исключает гофрирование линии анастомоза, линия анастомоза не находится в одной плоскости, что уменьшает возможность натяжения швов пищеводного анастомоза, минимальная мобилизация правой стенки пищевода сохраняет ее кровоснабжение, что улучшает микроциркуляцию области анастомоза.

Косопоперечный ЭКА сформирован у всех больных (n=52) основной группы: у 51 больного с ПРСП и у 1 пациентки с травматическим повреждением. В основной группе недостаточность развилась у 4 (7,7%) из 52 больных. У 1 пациентки она осложнилась пищеводно-плевральным свищом и эмпиемой плевры, больная была выписана в тяжелом состоянии с клиникой острой дыхательной недостаточности. Остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, с внедрением косопоперечных ЭКА количество специфических осложнений (недостаточность, некроз трансплантата) уменьшилось с 21,9 до 7,7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. М Медицина 2000.
2. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А., Богопольский П.М. Опыт 1100 пластик пищевода. Хирургия 1998; 6: 56.
3. Карапетян А.А. Принципы формирования пищеводных соустьев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1990.
4. Белоусов Е.В., Байтингер В.Ф. Причины несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов на шее. Хирургия 1984; 10: 78.
5. Бакиров А.А. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с доброкачественными заболеваниями пищевода и желудка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа 2001.
6. Бакиров А.А. Тотальная эзофагопластика при стриктурах пищевода. Вестн. хир. 2001; 1: 53-57.
7. Гюльмамедов Ф.И., Белозерцев А.М., Томашевский Н.И. и др. Толстокишечная эзофагопластика при оперированном желудке и послеожоговом его стенозе. Актуальные вопросы хирургии пищевода: Тез. докл. Всерос. науч.практ. конф. СПб 2002; 32.
8. Кочетков А.В., Ивануса С.Я., Лыткина С.И. и др. Современные подходы к лечению рубцовых стриктур пищевода и его анастомозов. Актуальные вопросы хирургии пищевода: Тез. докл. Всерос. науч. практ. конф. СПб 2002; 66-68.
9. Cherki S., Mabrut J.Y., Acham M. et al. Surgical complications of coloesophagoplasty: management and treatment. Diseases of the Esophagus 2004; 17 (1): 67.
10. Heitmiller R. F., McQuone S. J., Eisele D. W. The Utility Of The Pectoralis Myocutaneous Flap In The Management Of Select Cervical Esophageal Anastomotic Complications. J Thorac Cardiovasc Surg 1998; 115: 1250-1254.

Шунтловчи колоэзофагопластикада иизилгнгач анастомозлари турларини танлаш усули

З.М.Низамходжаев, Р.Е.Лйгай, О.М.Гулямов,
Д.А.Хаджибаев, А.О.Цой

Академик В.Ваидов номидаги Республика
ихтисослаштирилган жарролик маркази

Мазкур маюлада иизилгнгачнинг куйишдан кейинги чандили торайиши, иизилгнгач саратонидаги норезектабел молатлар, иизилгнгачнинг жароатлари каби хасталиклардаги реконструктив йайта тиклаш амалиётларида шунтловчи колоэзофагопластикаси игланилган 93 беморнинг даволаш натижалари крсатилган. Таълил натижаларига кгра «кети-кетиға» ва «кети-ёниға» турида шакллантирилган анастомозларда чок етишмовчилиги ва трансплантат некрози каби асоратлар 21,9% ни ташкил этган. Клиник амалиётга мукамаллаштирилган кндаланг-ёнбош анастомознинг тадбиё этилиши юорида крсатиб гтилган асоратларни 7,7% камайишига олиб келди.