

© Коллектив авторов, 2004.
УДК 616.329-003.92-007.271-08-089

З.М.Низамходжаев, Л.Г.Баженов, С.С.Ганиходжаев, А.М.Хусанов **РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ** **ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА**

*Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В.Вахидова
Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация. В данной работе приводятся анализ результатов лечения 275 больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Больные были разделены на 3 группы. 1-ая группа больных, которым проводилась только консервативная терапия ввиду отсутствия стриктуры пищевода. Больным 2-ой группы проводилось бужирование по струне. Изучены результаты лечения и осложнения у больных пролеченных методом бужирования. В 3 группе приводятся данные больных которым произведены реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе после безуспешной консервативной терапии. Изучены результаты осложнений после пластики пищевода.

Ключевые слова: ожог, пищевод, лечение

Лечение больных с рубцовыми стенозами пищевода имеет свои трудности и эту проблему решают в двух основных направлениях: путем бужирования рубцовых стенозов и путем пластики пищевода[1, 2, 3].

В отделении хирургии пищевода и желудка за последний 10 лет находились в лечении 275 больных с последствиями химических ожогов пищевода. По полу больные распределились следующим образом, женщин 172 и мужчин 103. По возрасту больные распределились следующим образом, больные до 19 лет- 44, до 44 лет- 170, до 59 лет- 46, и свыше 60 лет- 15 больных. У 125 больных химические ожоги пищевода наступили в следствии суицидальной попытки, и у 150 больных при приеме едкого химического агента случайно. Подавляющим большинством больных ожог пищевода наступил в следствии приема уксусной кислоты 186, у 21 после приема щелочи, и у 68 больных при приеме других агрессивных химических агентов.

Основным методом лечения рубцовых сужений пищевода является бужирование. В литературе известно 5 методов бужирования. В настоящее время наиболее распространены 3 метода бужирования пищевода, испытанный метод Яценко-Гаккера (через гастростому за нитку анти и ретроградно), бужирование полыми рентгеноконтрастными бужами по металлической струне-проводнику под контролем рентгеновского экрана (Ванцян Э.Н., Тошчаков Р.А.), и эндоскопически. Распространенный в свое время метод форсированного бужирования пищевода (вслепую) в настоящее время полностью неприемлем, ввиду высокой частоты перфорации (до 15%). Все больные (275) по методике лечения разделили их в 3 группы: 1 группа- 26 больных, проводилась

консервативная терапия , 2 - группа 132 больных проводилась бужирование пищевода по струне направителю под рентген контролем, и 3 группа- 117 больных, которым проводились различные оперативные вмешательства. У больных 1 группы при эндоскопии и рентгеноконтрастном исследовании пищевода не отмечены признаки стенозирования пищевода, в связи с чем у этой группы больных ограничили проведением консервативной терапии.

Бужирование проводилось по методике струне-направителю с рентгеноконтрастными полыми бужами под контролем рентгена. Количество бужирования с интервалом 1-2 дня между сеансами зависело от протяженности, степени и характера сужения. У этой группы больных среднее количество бужирований составило 4-5 сеансов. У 65 больных бужирование сочеталось с проведением внутрипищеводного лазерного облучения с гелий-неоновым лазером. У второй группы- в 4 случаях наступила перфорация пищевода во время сеансов бужирования. У 3 больных наступила перфорация нижней трети грудного отдела пищевода, которым выполнена лапаротомия, сагитальная диафрагмотомия по Савиных, санация средостения, ушивание дефекта стенки пищевода дренирование тампонирование средостения, и операция заканчивалась наложением гастростомы по Штамму-Сенну-Кадеру. У 1 больного наступила перфорация шейного отдела пищевода, которому выполнена шейная колитомия, производилась санация, ушивание дефекта стенки пищевода с укреплением линии швов превертебральной фасцией и операция заканчивалась дренированием, тампонированием околопищеводной клетчатки и наложением гастростомы по Штамму-Сенну-Кадеру. У 3 больных перфорация пи-

шевода наступила во время эндоскопического исследования при попытке бужирования эндоскопом. У этих 3 больных перфорация пищевода отмечалась в области нижней трети грудного отдела пищевода

На фоне консервативной терапии у 4 больных с травмами пищевода наступило выздоровление. У 3 больных с травмами пищевода несмотря на проводимую консервативную терапию состояние прогрессивно ухудшалось 3 больных наступил летальный исход на фоне продолжающегося медиастенита с присоединением полиорганной недостаточности. В 3 группу вошли 117 больных которым выполнены оперативные вмешательства. У 46 больных 3 группы выполнено наложение гастростомы по методике Штамма-Сенна-Кадера, в связи невозможности выполнения бужирования (протяженные щетко-образной формы стриктуры, полная облитерация просвета пищевода, больные с выраженной алиментарной дистрофией). У 13 больных с сочетанными ожогами пищевода и желудка после сеансов бужирования и восстановления проходимости пищевода с выявленной сужением выходного отдела желудка: у 8 больных производилась наложение переднего гастро-энтероанастомоза на длинной петле с Браунским анастомозом. У 5 больных после сеансов бужирования выполнена антральная резекция желудка по Бильрот-1, и больные с сочетанными ожогами пищевода и желудка после сеансов бужирования в сочетании операций на желудке были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение.

И только, исчерпав все возможности консервативной терапии, при безуспешности, без перспективности длительного бужирования следует решать вопрос о восстановительных операциях на пищеводе.

У 58 больных после без успешности консервативной терапии произведены реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе. Всем

58 больным произведено шунтирующая колоэзофагопластика в зависимости от ангиоархитектоники толстого кишечника. Все операции выполнялись одноэтапно. Мы предпочтение отдавали формированию трансплантата из левой половины толстой кишки изоперистальтично за счет сигмовидной или левой ободочной артерии с расположением трансплантата ретростернально, такая операция была выполнена 43 больным. В 10 случаях трансплантат сформирован из поперечно ободочной кишки за счет средней ободочной артерии изоперистальтично с ретростернальным расположением трансплантата. В 5 случаях учитывая ангиоархитектонику толстого кишечника трансплантат сформирован за счет средней ободочной артерии антиперистальтично с ретростернальным расположением трансплантата. В послеоперационном периоде у 58 больных с реконструктивно-восстановительными операциями наблюдались следующие осложнения: несостоятельность пищеводно-толсто кишечного анастомоза в 3 случаях, нагноение раны в 5 случаях, пневмонии в 3 случаях. Летальный исход наступил в 1 случае, после некроза трансплантата с развитием гнойного медиастенита.

Таким образом, лечение постожоговых рубцовых стриктур пищевода должно носить индивидуальный характер в зависимости от степени и характера изменения стенки пищевода.

Литература.

1. В.И. Оскретков., А.И. Шель., В.Ф. Трот. «Возможности реканализации рубцовых стенозов пищевода» Хирургия, 4, 1998. стр-13-16.
2. А.Ф. Черноусов., П.М. Богопольский. «Бужирование пищевода при рубцовых стриктурах». Хирургия, 10. 1998. стр-25-29.
3. Webb W/ Chest Surg Clin № Am 1995: 5: 3: 471-479.

Z.M.Nizamkhodjaev, L.G.Bazhenov, S.S.Ganikhodjaev, A.M.Husanov

DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF CHEMICAL ESOPHAGEAL BURNS

*Republican Specialized Centre of Surgery named after Academician V.Vakhidov
Tashkent, Republic of Uzbekistan*

The article analyses the results of treatment of 275 patients with post-burn cicatricial esophageal strictures. The patients were divided into 3 groups. 1st group of patients without esophageal stricture underwent conservative management only. The patients of the 2nd group underwent bougienage by the wire. The results of this type of treatment and the complications' character in these patients were studied. The 3rd group included the patients undergone reconstructive esophageal repair after insufficient conservative therapy. The complications after esophageal plasty were studied.

E-Mail: Kadman@mail.ru