

УДК 617.53:616.33-089.86:616.329/.33-089.844

## ГАСТРОСТОМІЯ НА ШИЇ ПРИ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИЦІ

А. Ю. БОДРОВА

*Харківський національний медичний університет, Україна*

**Проаналізовано результати одномоментної езофагогастропластики з використанням трансхіатального доступу та формуванням гастростоми на шиї у хворих із протяжними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу.**

*Ключові слова: езофагогастропластика, гастростома на шиї, трансхіатальний доступ.*

Езофагогастропластику, основним етапом якої є формування стравохідного анастомозу, досі пов'язують із високою частотою розвитку ускладнень, незважаючи на те що за останній час кількість ускладнень зменшилася [1–3]. Основною причиною післяопераційної летальності після езофагогастропластики є неспроможність стравохідного анастомозу [1–5].

Виникнення стриктури стравохідного анастомозу свідчить про неуспішне хірургічне лікування у зв'язку з тим, що хворий зі стенозом стравоходу очікує після операції відновлення адекватного проходження їжі та, відповідно, адекватного харчування. Проте у результаті виникнення стриктури анастомозу він втрачає ці можливості. Деякі автори вказують на можливий розвиток рубцевих стриктур стравохідного анастомозу у терміни від 2 до 13 міс після операції, їх частота становить від 9 до 30% [1, 6–8].

За даними ряду досліджень, у 50% пацієнтів спостерігався демпінг-синдром різного ступеня вираженості, у 50% — були скарги на рефлюкс, у 46% — дисфагія [1–3]. Ще в ранньому післяопераційному періоді явища езофагореспіраторного рефлюксу можуть турбувати пацієнта через утримання зонду необхідне для розвантаження лінії швів анастомозу, декомпресії шлунка, забезпечення каркасу при формуванні анастомозу,

а з іншого — відзначається рефлюкс шлункового вмісту в культю стравоходу, а з неї — у дихальні шляхи. Це, у свою чергу, зумовлює низку післяопераційних проблем: суб'єктивний дискомфорт пацієнта унаслідок постійного відчуття подразнення зондом слизової оболонки в зоні його стояння; дисфагію у зв'язку з постійним неповним функціонуванням верхнього стравохідного сфінктера; запалення верхніх дихальних шляхів, трахеобронхіти, пневмонії, плеврити тощо як результат езофагореспіраторного рефлюксу у післяопераційних хворих.

Тому питання профілактики післяопераційних ускладнень у хворих із езофагогастропластикою залишається відкритим.

Метою дослідження було поліпшення результатів езофагогастропластики шляхом попередження розвитку післяопераційних ускладнень.

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування протяжних післяопікових рубцевих стриктур стравоходу у 20 хворих, які перебували на лікуванні у 2010 — напочатку 2017 рр. у відділенні захворювань стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». У хірургічну практику закладу було впроваджено методику оперативного втручання, що включає екстирпацію стравоходу з трансхіатальною одномоментною езофагогастропластикою, формуванням

єдиного езофагогастроанастомозу в шийній ділянці та виведенням контактної гастростоми на шиї зліва (Патент України № 106908 «Спосіб профілактики післяопераційних ускладнень езофагопластики» [9]).

До контингенту пацієнтів, яких було включено до дослідження, входили 14 (70%) чоловіків та 6 (30%) жінок у віці від 32 до 62 років (середній вік становив 37,6 року).

Серед скарг пацієнтів, які потрапили до клініки, були дисфагія (100%), зменшення маси тіла (96%), гіперсалівація (36%), біль за грудниною (25%), у меншому ступені – регургітація (4%). У всіх пацієнтів відзначався переважно субкомпенсований ступінь непрохідності стравоходу зі збереженою дисфагією.

Пацієнти з тяжким загальним станом та кахексією не брали участь у дослідженні через необхідність компенсації трофологічного статусу та неможливість проведення на цьому етапі реконструктивного хірургічного втручання.

Усіх хворих було обстежено за стандартною схемою, що включала: клініко-анамнестичне дослідження, основні клініко-лабораторні та біохімічні показники крові, коагулограму, дані імунограми та спеціальні методи (електрокардіографію, рентгенографію органів грудної порожнини та рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з використанням контрастної речовини, ультразвукову діагностику органів грудної та черевної порожнин, комп'ютерну томографію органів грудної та черевної порожнин із використанням контрастної речовини, відеоендоскопію із забором біопсійного матеріалу, гістоморфологічне дослідження). У всіх пацієнтів на кожному з етапів лікування оцінювалася його ефективність для визначення якості життя та подальшого прогнозу і рекомендацій виду лікування згідно з розробленою в клініці інституту методикою (Патент України № 103176 «Спосіб оцінки ефективності лікування хворих з гастроентерологічними захворюваннями») [10–15].

При проведенні аналізу отриманих даних було використано модифіковану класифікацію хімічних опіків стравоходу та їх наслідків [16].

За отриманими в передопераційному періоді основними клініко-лабораторними показниками та даними методів інструментального дослідження всі хворі були субкомпенсовані та компенсовані, що дало змогу виконати їм радикальне оперативне втручання.

Ураховуючи працездатний вік хворих, протяжність рубцевого процесу через два й більше анатомічних відділи стравоходу та відсутність супровідної тяжкої хронічної патології, їм було проведено одномоментне реконструктивне втручання, що включало формування вільного кінця стравохідної трубки, виведення її як стоми на шию, а також виконання езофагопластики (шляхом накладання анастомозу між стравоходом та інтерпонатом типу «кінець-у-бік») одночасно

з формуванням стоми на шиї: як вільний кінець стравохідної трубки обирають проксимальну частину інтерпонату вище рівня анастомозу, додатково в просвіт інтерпонату заводять зонд за межі останнього і фіксують до шкіри шиї.

Виконання стоми одночасно з основною операцією не тільки зменшує травмування хворого, але і скорочує час втручання та перебування його в клініці. Накладання анастомозу між стравоходом та інтерпонатом типу «кінець-у-бік» (кінець стравоходу в бік інтерпонату) забезпечує можливість використання проксимальної частини інтерпонату вище рівня анастомозу як вільного кінця стравохідної трубки для виведення стоми з метою заведення зонда.

За цією методикою виконується екстирпація стравоходу трансхіатальним доступом. Формування інтерпонату починається з мобілізації шлунка таким чином, що попередньо проводиться кліпсування лівої шлункової артерії зі збереженням шлунково-сальникової артерії, що забезпечує повноцінне кровопостачання. Після цього зі стінки шлунка еквідистантно його великій кривизні формують ізоперистальтичну трубку, діаметр якої співставний із діаметром стравоходу (інтерпонат), та одночасним формуванням резервуару по малій кривизні шлунка, що в подальшому буде безпосередньо відігравати роль як транзиту, так і перетравлення харчової грудки. Далі шлунковий інтерпонат трансхіатально переміщується в позицію стравоходу з виведенням при цьому його «вільного» кінця в зоні шийного доступу. Здійснюється формування єдиного езофагогастроанастомозу типу «кінець-у-бік» з антирефлюксним механізмом. Трансназально за зону анастомозу в шлунок заводиться зонд для декомпресії. Після цього на шиї зліва формується контактна гастростома із заведенням зонда для ентерального харчування в дванадцятипалу кишку (рис. 1).

Заведення зонда у просвіт інтерпонату за межі останнього дає змогу розпочати годування хворого в ранній післяопераційний період, забезпечити розвантаження швів анастомозу і навіть евакуацію вмісту травного тракту за необхідності. Все це зменшує ймовірність розвитку неспроможності анастомозу. Заведення зонда крізь контактну стоми, а не трансназально сприяє зменшенню дискомфорту пацієнта і запобігає закиданню вмісту стравохідної трубки в дихальні шляхи та розвитку ускладнень із боку респіраторної системи внаслідок цього.

Виконання контактної стоми дає можливість після закінчення необхідності утримувати зонд у просвіті травного тракту видаляти його без додаткового хірургічного втручання, при цьому закриття отвору стоми відбувається самостійно.

Кінцевий вигляд оперативного втручання схематично подано на рис. 2.

На другу-третю добу після операції з появою перистальтики видаляється трансназальний зонд, а через інший зонд, який було заведено через гастростому на шиї в дванадцятипалу кишку,



Рис. 1. На післяопераційному фото — контактна гастростомія на шиї (згори донизу: трубчастий дренаж, гастральний зонд, гумовий випускник)

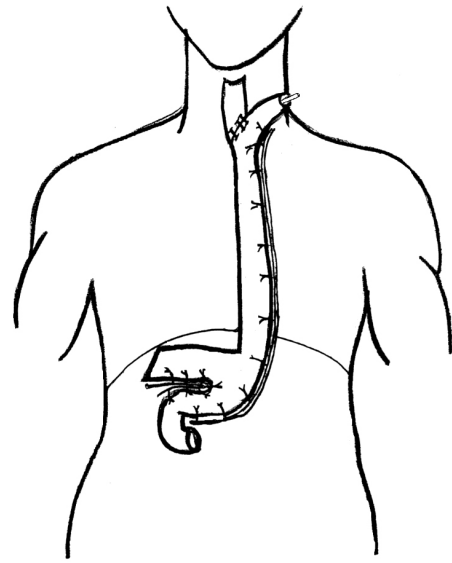


Рис. 2. Кінцевий вигляд оперативного втручання — езофагогастропластика з гастростомією на шиї

проводиться ентеральне харчування. Це сприяє ранній активізації хворого, перенесенню «балансу» з парентерального харчування на ентеральне, що також скорочує фінансові витрати.

На шосту-сьому добу після оперативного втручання проводиться контрольне рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з використанням водорозчинної контрастної речовини *рег ос* для виявлення неспроможності сформованого анастомозу. За відсутності її ознак хворим вводять у раціон харчування рідину — малими порціями природним шляхом з одночасною підтримкою зондового харчування. А в подальшому пацієнт повністю переходить на прийом їжі природним шляхом після видалення «гастростомного» зонда.

У хворих, які у післяопераційному періоді мали ускладнення у вигляді часткової неспроможності сформованого на шиї езофагогастроанастомозу, інтраопераційно заведений «гастростомний» зонд не видалявся і в подальшому, окрім ентерального харчування, він ще й виконував функцію відмежування зони анастомотичної неспроможності до її закриття. Таким хворим проводилися регулярні перев'язки та санаційні заходи зони неспроможності розчинами антисептиків. При цьому закриття зони анастомотичної неспроможності відбувалося на 10–14-у добу після її виникнення. Додаткове хірургічне втручання цим пацієнтам не знадобилося.

Летальність становила 5%, помер пацієнт внаслідок розвитку в ранньому післяопераційному періоді гострої серцево-судинної недостатності.

На всіх етапах лікування та післяопераційної реабілітації пацієнти підлягали додатковому дослідженню для оцінки якості життя та ефективності лікування [10–14]. Отримані результати подано на графіку (рис. 3).

Слід зауважити, що в ранній післяопераційний період відзначається поліпшення об'єктивних даних, при цьому ослаблений стан пацієнта та неспроможність його участі у суспільному житті значно погіршують результат суб'єктивних даних, тому в цілому інтегральна оцінка якості життя майже відповідає показнику на момент госпіталізації. В подальшому дані графіка відображають позитивну динаміку показників якості життя хворих із першого місяця після оперативного втручання.

Таким чином, можна виділити основні переваги методики одномоментної езофагогастропластики:

1) анатомічна обґрунтованість (використання шлунка як інтерпонату дає змогу зберегти анатомічну послідовність шлунково-кишкового тракту);

2) подовження інтерпонату за рахунок формування ізоперистальтичної трубки по великій кривизні шлунка дає змогу повторити форму стравоходу та розташувати в анатомічному положенні стравоходу, без натягнення, що попереджує ішемізацію інтерпонату;

3) збереження достатнього кровотоку шлункового інтерпонату за рахунок шлунково-сальникової артерії;

4) відновлення пасажу їжі природним шляхом;

5) збереження функції шлунка навіть при використанні його як інтерпонату;

6) накладання єдиного анастомозу на шиї навіть із розвитком його неспроможності не передбачає розвитку таких тяжких наслідків, як плеврит, медіастиніт, емпієма плеври, пневмонія, перитоніт та інших, у зв'язку з відсутністю анастомозів у черевній та плевральній порожнинах;

7) відсутність рефлюксу шлункового вмісту в кульгу стравоходу за рахунок формування антирефлюксного анастомозу;

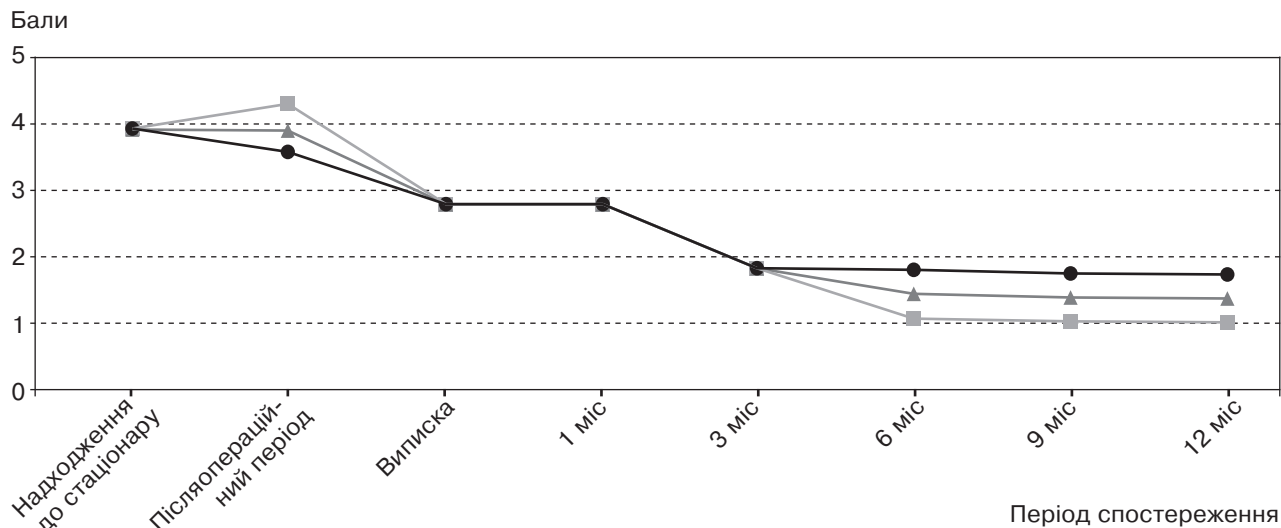


Рис. 3. Динаміка показників якості життя хворих: ● — об'єктивні дані, ■ — суб'єктивні дані, ▲ — інтегральна оцінка

8) можливість раннього ентерального харчування без впливу на зону анастомозу;

9) закриття отвору стоми не потребує додаткового хірургічного втручання і відбувається самостійно;

10) скорочення часу перебування в умовах клініки;

11) відсутність необхідності повторних госпіталізацій;

12) скорочення часу післяопераційної реабілітації;

13) покращення якості життя оперованих пацієнтів;

14) скорочення фінансових витрат на лікування хворого.

Таким чином, розроблений та впроваджений в клініці інституту спосіб одномоментної езофагогастропластики з використанням трансхіатального доступу та накладанням єдиного анастомозу і формуванням гастростоми на шії у хворих із післяопіковими протяжними рубцевими стриктурами стравоходу в стані компенсації та субкомпенсації може розглядатися як метод вибору.

#### Список літератури

1. Онкохирургия. Руководство для врачей: в 4 т.; под общ. ред. В. В. Бойко, П. Н. Замятина.— Харьков: Тим Паблиш Груп, 2012.— Т. 3.— 562 с.
2. Parekh K. Complications of esophageal resection and reconstruction / K. Parekh, M. D. Iannettoni // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.— 2007.— Vol. 19.— P. 79–88.
3. Черноусов А. Ф. Современные тенденции развития хирургии пищевода / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Ф. А. Черноусов // Вестн. хирургической гастроэнтерологии.— 2008.— № 4.— С. 5–13.
4. Комплексное лечение больных с несостоятельностью пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии / О. Е. Бобров, С. И. Киркилевский, Н. А. Мендель [и др.] // Університетська клініка.— 2007.— Т. 1, № 3.— С. 3–5.
5. Черноусов А. Ф. Опыт применения ручных пищеводно-желудочных анастомозов при субтотальной эзофагопластике / А. Ф. Черноусов, Ф. А. Черноусов, Д. В. Ручкин // Анналы хирургии.— 1999.— № 3.— С. 26–30.
6. Сотников В. Н. Вибрационные и эндохирургические способы лечения стенозов пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов / В. Н. Сотников, А. В. Сотников // Эндоскопическая хирургия.— 2000.— № 4.— С. 10–16.
7. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии / В. М. Буянов, В. Н. Егиев, В. И. Егоров [и др.] // Хирургия.— 2000.— № 4.— С. 13–18.
8. Важенин А. В. Результаты коррекции стриктур пищеводных анастомозов / А. В. Важенин, Л. Э. Брежнева, К. Г. Утин // Современные технологии в онкологии: матер. VI Всеросс. съезда онкологов.— Ростов-на-Дону, 2005.— Т. 1.— С. 233–234.
9. Патент України, МПК (2016.01), А61В 17/00, Спосіб профілактики післяопераційних ускладнень езофагопластики / В. В. Бойко, С. О. Савві, В. В. Жидецький, А. Ю. Бодрова; заявник і патентовласник Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України».— № 106908, заявл. 18.11.2015, опубл. 10.05.2016, Бюл. № 9.— 2016.— 5 с.
10. Патент України, МПК (2015.01), А61В 5/00, А61В 1/273 (2006.01), G01N33/49 (2006.01), Спосіб оцінки ефективності лікування хворих з гастроентерологічними захворюваннями / В. В. Бой-

- ко, С. О. Савві, В. В. Жидецький, А. Ю. Бодрова; заявник і патентовласник Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України». – № 103176, заявл. 12.05.2015, опубл. 10.12.2015, Бюл. № 23. – 2015. – 13 с.
11. Новик А. А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Н. Л. Денисов // *Терапевт. архив.* – 2003. – № 10. – С. 42–46.
  12. Оноприев В. И. Перспективы исследования качества жизни в хирургической гастроэнтерологии / В. И. Оноприев, Н. В. Корочанская, Л. И. Клименко // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2001. – № 5. – С. 19–24.
  13. Оценка качества жизни в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. Н. Попова [и др.] // *Клиническая медицина.* – 2000. – № 2. – С. 10–13.
  14. Ткач А. А. Комплексна оцінка якості життя хворих на рак стравоходу / А. А. Ткач, Б. А. Болюх, С. М. Пригуляк // *Клиническая онкология.* – 2011. – Спец. выпуск № 2. – С. 13.
  15. Gockel I. Quality of life after subtotal resection and gastrectomy for gastric cancer / I. Gockel, S. Pietzka, T. Junginger // *Chirurg.* – 2005. – Vol. 76 (3). – P. 250–257.
  16. Савви С. А. Модифицированная классификация химического ожога пищевода и его последствий / С. А. Савви // *Клінічна хірургія.* – 2009. – № 3. – С. 5–8.

## ГАСТРОСТОМИЯ НА ШЕЕ ПРИ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКЕ

А. Ю. БОДРОВА

**Проанализированы результаты одномоментной эзофагогастропластики с использованием трансхиатального доступа и формированием гастростомы на шее у больных с протяженными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода.**

*Ключевые слова:* эзофагогастропластика, гастростома на шее, трансхиатальный доступ.

## NECK GASTROSTOMY AT ESOPHAGOGASTROPLASTY

A. Yu. BODROVA

**The results of single-step esophagogastroplasty with transhiatal approach and neck gastrostomy in patients with esophageal strictures due to burn scars were analyzed.**

*Key words:* esophagogastroplasty, neck gastrostomy, transhiatal approach.

Надійшла 17.02.2017