## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

Міністерство охорони здоров’я України

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Верещако Роман Іванович

УДК 616.345-089.844:616.32-001.17

ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВОГО СТЕНОЗУ СТРАВОХОДУ

14.01.03 – хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

доктора медичних наук

Київ – 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

НАУКОВИЙ КОНСУЛЬТАНТ: доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України Багіров Мамед Мансурович, професор кафедри торакальної хірургії та пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ).

ОФІЦИЙНІ ОПОНЕНТИ:

академік АМН України, доктор медичних наук, професор Павловський Михайло Петрович, завідувач кафедри факультетської хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України.

доктор медичних наук, професор Білий Володимир Якович, професор кафедри військової хірургії Української військової медичної академії МО України.

доктор медичних наук, професор Мясоєдов Станіслав Дмитрович, завідувач кафедри онкології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.  Шупика МОЗ України.

Захист відбудеться «28» жовтня 2008 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.08 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України ( 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України ( 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9)

Автореферат розісланий «27» вересня 2008 року

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент Гвоздяк М.М.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Рубцеві звуження стравоходу належать до тяжких захворювань травного тракту, що призводять до значних порушень гомеостазу хворих, аліментарної дистрофії, инвалідизації та тяжких наслідків.

Відсутність тенденції до зменшення кількості таких пацієнтів, тактичні помилки лікарів на перших етапах лікування післяопікової стріктури і, як наслідок, збільшення кількості хворих з ускладненими рубцевими стенозами стравоходу, усунення яких можливе тільки за використання перевіреної й часто індивідуальної лікувальної програми. Це диктує необхідність розробляти й освоювати нові тактичні та технічні прийоми щодо усунення наслідків опіку стравоходу.

Методи лікування рубцевого стенозу стравоходу можна розділити на 2 групи: 1) консервативна терапія в поєднанні з бужуванням стравоходу; 2) хірургічне лікування. Процес удосконалення обох методів триває дотепер.

Потрібне визначення оптимальних термінів бужування, вибір найбільш ефективного й разом з тим безпечного методу бужування стравоходу при складних стриктурах.

За даними О.Ф. Черноусова (1991), у 11% випадків при бужуванні рубцевого стенозу стравоходу| можливий розвиток кровотечі із стравоходу або шлунка. Частота перфорацій коливається у діапазоні 1–13% (Скворцов М.Б., 1991; Суліманов Р.А., 1999; Broto J., Asensio M., Jorro C.S., 1999; Duseja A., Chawia Y.K., 2000).

На сьогодні вважати результати лікування перфорації стравоходу, що ускладнилася медіастинітом, задовільними не можна. Навіть у спеціалізованих клініках смертність становить 19–78% (Черноусов О.Ф., Андріанов В.А., Сташікас А.В., 1991; Абакумов М.М., Погодіна А.Н., 1992; Gupta N.M., 1996). Відповідно потрібне подальше вдосконалення методик усунення ускладнень бужування стравоходу.

У літературі недостатньо чітко сформульована тактика лікування опіків стравоходу, ускладнених стравохідно-респіраторним свищем. Часто такі хворі залишаються довічними носіями гастростоми, а при стенозі трахеї — й трахеостоми.

Дуже суперечливі підходи в лікуванні наслідків поєднаних опіків стравоходу й шлунка, стравоходу й глотки (Мумладзе Р.Б., 1988). Немає єдиної думки щодо термінів та методів усунення післяопікового рубцевого стенозу шлунка (Алієв М.А. зі співавт., 1992; Бакіров А.А., 2001; Волобуєв М.М. зі співавт., 2002; Hsu C.P. et al., 1997; Ozcan C. et al., 2004).

Відновні операції на стравоході, як і раніше, є найбільш складним, завершальним етапом лікування.

Результати різних варіантів эзофагопластики, незважаючи на успіхи в анестезіології й удосконаленні оперативної техніки, не мають помітної позитивної динаміки.

Післяопераційна смертність коливається від 4% до 25% (Коваленко П.П., 1973; Онопрієв В.І., 1988; Абакумов М.М., 1989; Погодіна А.Б., 1989; Черноусов О.Ф., 1990; Саєнко В.Ф. зі співавт., 2002; Latteri S., 1999). Післяопераційні ускладнення (неспроможність швів стравохідних анастомозів, некроз трансплантата, стенози анастомозів, пептичні виразки штучного стравоходу й т.д.) становлять 24–42% (Ванцян Э.Н., 1971; Новокрещенов Л.Б., 1987; Черноусов О.Ф., 1990; Бакіров А.А., 2000; Ксенофонтов С.С., 2007; Latteri S., 1999; Orringer M.B., 1999).

На сьогодні не вирішена проблема наявності «сліпого мішка» після створення штучного стравоходу зі збереженням природного (Хаджібаєв А.М. зі співавт., 2000).

Ці дані дають можливість на основі аналізу наявного досвіду лікування рубцевого стенозу стравоходу рекомендувати оптимальний вид эзофагопластики залежно від локалізації й довжини ураження стравоходу. Такий підхід дозволить зберегти здорову частину стравоходу, скоротити кількість післяопераційних ускладнень і поліпшити функціональні результати у віддалений післяопераційний період.

Обидва способи лікування рубцевих звужень стравоходу — як консервативний, так і хірургічний, є складними, різноманітними, багатими на індивідуальні особливості, де важливого значення набуває прийняття оптимальних стратегічних рішень.

Оскільки рубцевий стеноз стравоходу в результаті хімічного опіку найчастіше відмічають у дітей віком 2–5 років і осіб працездатного віку (22–56 років) (Рибін Є.П., 1999), очевидна більша соціальна значимість реабілітації даної категорії хворих.

Таким чином, все вищевикладене визначило характер дослідження, мета й завдання якого підтверджують його актуальність.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є складовою частиною наукової теми «Реконструктивно-відновна хірургія захворювань і посттравматичних ускладнень грудної клітки» кафедри торакальної хірургії та пульмонології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, яка затверджена як окрема наукова тема. Актуальність підтверджується включенням даної проблеми в плани пріоритетних напрямів суспільно-господарського значення в Україні. Державний реєстраційний № 0197 UО 14700. Постанова № 727 від 1.10.1997 р. КМАПО| імені П.Л. Шупика, яка затверджена медичною радою МОЗ України.

**Мета дослідження.** Поліпшення результатів лікування рубцевого стенозу стравоходу шляхом диференційованого підходу при застосуванні консервативного і хірургічного методів, а також унаслідок розробки та впровадження нових органозберігаючих варіантів езофагопластики.

**Задачі дослідження:**

1. Розробити й упровадити запровадити найбільш безпечні методики бужування складних рубцевих стенозів стравоходу в пізні терміни опіку.

2. Обгрунтувати методи профілактики та лікування ускладнень бужування стравоходу.

3. Визначити можливість і ефективність бужування стравоходу після лікування його перфорації (свища).

4. Вивчити особливості наслідків поєднаних опіків стравоходу і шлунка, стравоходу та глотки і стосовно конкретних ситуацій виробити органозберігаючу хірургічну тактику.

5. Індивідуалізувати вибір методу езофагопластики залежно від рівня рубцевого стенозу стравоходу і його протяжності.

6. Розробити новий варіант товстокишкової езофагопластики, що дозволяє попередити розвиток «сліпого мішка» власного стравоходу.

7. Розробити новий варіант місцевої езофагопластики при короткій рубцевій стриктурі, який дозволить виконувати реконструкцію стравоходу при будь-якому рівні локалізації стенозу.

8. Розробити нову органозберігаючу лікувальну тактику при рубцевому стенозі стравоходу подвійної локалізації.

9. Удосконалити методи профілактики та лікування післяопераційних ускладнень.

10. Вивчити найближчі й віддалені результати консервативного та хірургічного методів лікування рубцевого стенозу стравоходу і оцінити розроблену лікувальну програму.

**Об’єкт дослідження.** Пацієнти з рубцевим стенозом стравоходу, поєднаним рубцевим стенозом стравоходу й шлунка (стравоходу й глотки; стравоходу, глотки та шлунка), перфорацією стравоходу внаслідок некрозу стінки стравоходу або бужування, стравохідно-респіраторними свищами.

**Предмет досліджень.** Варіанти рубцевих стриктур стравоходу, шляхи підвищення ефективності усунення ускладнень інструментального й хірургічного лікування рубцевого стенозу стравоходу, варіанти езофагопластики.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань застосовували загально-клінічні, спеціальні рентгенологічні, ендоскопічні, гістологічні та бактеріологічні методи дослідження. На їх основі вивчено тривалість та перебіг захворювання|, його клінічні особливості. При використанні спеціальних рентгенологічних й ендоскопічних методів визначали локалізацію, поширеність та протяжність ушкодження, наявність ускладнень. Для статистичного аналізу одержаних даних використано можливості Microsoft Exel 1997.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Розроблений і упроваджений|запроваджений,впроваджений| в клінічну практику ефективний комплекс лікувальних заходів щодо усунення патологічних змін пов'язаних з рубцевим стенозом стравоходу.

Розроблені й вперше застосовані на практиці вдосконалені підходи бужування складних рубцевих стриктур стравоходу, у тому числі й після усунення перфорації та свища стравоходу.

Вдосконалені і упроваджені запроваджені в клінічну практику методи усунення ускладнень бужування стравоходу (перфорація, медіастиніт, свищ).

Впершеперше розроблений і застосований на практиці варіант фізіологічної реконструкції шлунково-кишкового тракту при поєднанні після опікового ураження ураження стравоходу і шлунка.

Розроблені і вперше успішно застосовані на практиці нові варіанти органозберігаючих реконструкцій стравоходу при короткому стенозі, поєднанні короткого і протяжного, короткого і субтотального стенозу. Одержані відповідні патенти на винахід у Держпатенті України.

Впершеперше розроблена і упроваджена запроваджена в клінічну практику колоезофагопластика, що, що попереджує розвиток «сліпого мішка» природного стравоходу. Одержаний патент на винахід у Держпатенті України.

Вдосконалені тактичні особливості підготовки хворих до реконструкції стравоходу і ведення їх у післяопераційний період.

Вивчені найближчі та віддалені результати консервативного і хірургічного лікування рубцевого стенозу стравоходу в різні терміни.

**Практичне значення одержаних результатів.** Унаслідок проведених досліджень вироблені критерії для вибору методу бужування рубцевої стриктури стравоходу і методів профілактики можливих ускладнень. Розроблені й упровадженізапроваджені в практику оптимальні варіанти усунення ускладнень бужування і пластики стравоходу.

У роботі обгрунтована лікувальна тактика при поєднаних рубцевих післяопікових поразкахураженнях глотки та шлунка.

Важливими для практичного впровадження є спосіб субтотальної товстокишкової эзофагопластики (патент України № 61843 А); спосіб пластики стравоходу при рубцевому стенозі (патент України № 61842 А); спосіб сегментарної пластики стравоходу (патент України № 61844 А); процес лікування стенозу глотково-стравохідного переходу і стенозу стравоходу середньогрудної| локалізації (патент України № 9531).

В результаті аналізу безпосередніх і віддалених результатів доведено перевагу і необхідність використання в клінічній практиці розроблених методик як консервативного лікування, так і різних хірургічних втручань, які застосовують відповідно до варіанту рубцевої стриктури. Широке використання цих методів лікування дозволило досягти високого рівня ефективності бужування при складних стенозах стравоходу й одного з найнижчих рівнів смертності після реконструктивно-відновних операцій на стравоході. Це сприяло відновленню повноцінного харчуванняхарчування (per os) у всіх хворих і відповідно досягнення соціальної та трудової реабілітації.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням автора і відображає реалізацію його ідей. Дисертант особисто намітив і виконав всі запрограмовані дослідження, сформулював мету і завдання. Автор самостійно виконав клінічне обстеження хворих, провів тематичний відбір хворих і провів аналіз архівного матеріалу. Брав активну участь в операціях, післяопераційному лікуванні та спостереженні хворих у віддалені терміни. Дисертантом були позначені особливості хірургічних втручань при різних варіантах рубцевого стенозу стравоходу, а також у пацієнтів з ускладненою стриктурою. Автор особисто виконав науковий аналіз запроваджених методів лікування й отриманих результатів, виклав їх у відповідних розділах дисертації, сформулював висновки та практичні рекомендації. Патенти України (4) розроблені та одержані дисертантом в співавторстві з проф. М.М. Багіровим.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дослідження докладалисядоповідали і обговорювалися на 16-му щорічному конгресі Європейської асоціації кардіоторакальної| хірургії (Монако, 2002**);** VI міжнародному конгресі асоціації торакальних хірургів арабських країн (Дамаск, Сирія, 2002); XX з’їзді хірургів України (Донецьк, 2002); науково-практичної конференції присвяченої 30-річчю КНДІКЕХ (Київ, 2002); XXI з’їзді хірургів України (Запоріжжя, 2005); науково-практичної конференції «Актуальні питання торакоабдомінальної хірургії (Харків, 2005); V українсько-польської науково-практичної конференції присвяченої 100-річчю торакохірургії| (Львів — Вроцлав, 2006); науково-практичної конференції присвяченої пам’яті академіка О.О. Шалімова (Київ, 2007); міжнародному конгресі торакальних| хірургів «Реконструктивна торакальна| хірургія» (Київ, 2007); 60 щорічному конгресі асоціації торакальних| хірургів Японії (2007), першої міжнародної конференції з торако-абдомінальної хірургії присвяченої 100-річчю з дня народження академіка Б.В. Петровського (Москва, 2008).

**Публікації.** За результатами дослідження опубліковано 29 наукових робот. З них 20 — статті в спеціалізованих наукових виданнях, затверджених ВАК| України; 3 — в збірниках наукових праць з’їздів і конференцій, затверджених ВАК України. По темі дисертації одержано чотири патенти України.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація складається з введенявступу, огляду літератури, шести глав власних досліджень, підсумку, висновків, практичних рекомендацій, переліку використаної літератури (286 роботи авторів України і країн СНД, 183 роботи зарубіжних дослідників). Робота викладена на 335 сторінках машинописного тексту, ілюстрована 23 таблицями і 68 малюнками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** У роботі узагальнений досвід лікування 292 хворих з рубцевим стенозом стравоходу, які перебували у клініці торакальної хірургії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика з 1980 по 2005 р. З них у 272 (93,1%) пацієнтів виявлено хімічні опіки після прийому агресивних рідин, у 3 (1,03%) пацієнтів — термічний опік (причини: карбід, крапля розплавленого металу, гаряче молоко), у 6 (2,06%) — післяопераційний стеноз, рефлюкс-эзофагіт став причиною стенозу у 5 (1,71%) хворих. У невеликої групи хворих — 6 (2,06%) діагностовано стенози, що розвинулися унаслідок внаслідок травми стравоходу. Хворі були госпіталізовані у нас в термін від 1 міс до 45 років після травми стравоходу, більшість — в період від 3 міс до 1 року (272 (93,1%)). Вік спостережуваних нами пацієнтів коливався в межах 15–75 років, середній вік — 42,4 роки (табл. 1).

 **Таблиця 1**

**Розподіл хворих за віком і статтю**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вік, років****Стать** | **до 20** | **21-30** | **31-40** | **41-50** | **51-60** | **61-70** | **>70** | **Всього** |
| Чоловіки | 18 | 37 | 43 | 49 | 47 | 27 | 2 | 223 (76,4%) |
| Жінки | 5 | 6 | 14 | 22 | 15 | 5 | 2 | 69 (23,6%) |
| **Всього** | **23** | **43** | **57** | **71** | **62** | **32** | **4** | **292 (100%)** |

Післяопікові зміни в шлунку були відмічені у 62 (21%) хворих, а рубцеві стриктури, що вимагають хірургічної корекції на шлунку, виявили у 54 (18,5%). Частина хворих (24) з декомпенсованим пилоростенозом були госпіталізовані до нашого відділення після виконання їм різних операцій на шлунку в інших лікувальних установах. Так, резекція за Б–I була проведена у 6 пацієнтів, Б–II — у 6, гастроентероанастомоз — у 11, пілоропластика за Джабулеєм — у 1.

Було проліковано 30 пацієнтів з так званою свіжою перфорацією стравоходу і 1 — з ураженням шлунка. Ще 9 хворих були госпіталізовані в строк 1–8 міс після перфорації стравоходу з дефектом, що вже зажив (табл.2).

**Таблиця 2**

**Рівень перфорації стравоходу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень перфорації** | **Кількість** |
| глотка |  2 (5%) |
| шийний відділ стравоходу  | 6 (15%) |
| верхньогрудний |  1 (2,5%) |
| средньогрудний | 16 (40%) |
| нижньогрудний |  13 (32,5%) |
| абдомінальний |  1(2,5%) |
| Шлунок |  1 (2,5%) |
| **Всього** |  **40 (100%)** |

Частина хворих (23 (7,87%)) була госпіталізована в клініку зіз свищами стравоходу: стравохідно-медіастинальні, ускладнені хронічним медіастинітом — 9, стравохідно-плевральні, ускладнені хронічною обмеженою емпіємою плеври — 6, стравохідно-трахеальні — 2, стравохідно-легеневі — 3, які призвели до розвитку хронічного запалення з боку трахеобронхіального дерева та легеневої паренхіми. Стравохідно-шкірний свищ на шиї був виявлений у 1 пацієнта.

Було прооперовано 3 пацієнти з малігнізацією рубцево-зміненого стравоходу, що становило 1,02%.

До поєднаних після опікових поразокуражень ми відносимо не тільки комбінацію стравохід — шлунок, але і стравохід — гортаноглотка, останній варіант був діагностований у 14 (4,8%) хворих, чотирьом зіз них накладалася трахеостома через порушення дихання. ПоразкаУраження надгортанника з порушенням його функції при ковтанні потребувало накладення гастростоми в 6 випадках. ПоразкаУраження глотки, що призвеласпричинило порушення її прохідності, стало причиною гастростомії у 5 пацієнтів.

При обстеженні хворих ми користувалися наступними методами:

1. Комплексний рентгенівський метод:

а) рентгеноскопічне та рентгенографічне поліпозиційне дослідження стравоходу при введенні контрастних речовин (сульфат барію, водорозчинні контрастні препарати) через рот і ретроградний, через гастростому|;

б) рентгенодослідження органів дихання і середостіння (оглядова рентгеноскопія і рентгенографія органів грудей, медіастинографія, комп’ютерна томографія органів грудей).

2. Ендоскопічний метод:

а) езофагоскопія;

б) езофагогастродуоденоскопія;

в) ретроградна гастроезофагоскопія|;

г) фібротрахеобронхоскопія|.

3. Поєднання рентгенологічного й ендоскопічного методів дослідження (зустрічне контрастування стравоходу за наявності гастростоми, при цьому ретроградно спочатку виконується фіброгастроезофагоскопія, яка доповнюється введенням контрасту).

4. Гістологічне та цитологічне| дослідження біоптатів|, узятих із зони зміненого стравоходу (шлунка).

5. Функціональне дослідження кардіореспіраторної системи (ЕКГ, функція зовнішнього дихання).

6. Лабораторні методи дослідження крові, сечі, мокроти.

За даними рентгенологічного дослідження короткі стриктури були діагностовані у|в,біля| 74 (25,5%) хворих, протяжні – у|в,біля| 189 (64,9%), з|із| них субтотальні – у|в,біля| 19, тотальні – у|в,біля| 14. Подвійні і множинні|численні| звуження стравоходу виявлені у|в,біля| 28 (9,6%) пацієнтів. В більшості випадків верхня межа|кордон| стенозу локалізувалася в середньому (49,8%) і верхньому (23%) грудних відділах стравоходу, значно рідше – в шийному і нижньому грудному його відділах (відповідно 12,5% і 14,7% хворих). За даними ортоградного| рентгенологічного дослідження, найменший діаметр звуженої ділянки стравоходу більш ніж у|в,біля| половини хворих (52,6%) не перевищував 0,6 см, у|в,біля| 100 (34,4%) з|із| них просвіт стенозу не перевищував 0,3 см і лише у|в,біля| 38 (13%) хворих діаметр звуження був більше 0,6 см.

При коротших стриктурах діаметр їх був ширший, ніж при протяжних. Так при звуженнях, що не перевищують в довжину 5 см, просвіт їх звичайно був більше 0,3 см, в третині цих спостережень – більше 0,6 см. Майже у|в,біля| половини хворих (81) із|із| стриктурою протяжністю більше 5 см діаметр її в найвужчій частині|частці| не перевищував 0,3 см. Отже, при коротких стриктурах були|наявний| сприятливіші передумови для їх реканалізації. Супрастенотічне розширення стравоходу було більш виражено|виказано,висловлено| у|в,біля| хворих з|із| протяжними стриктурами з|із| діаметром менше 0,6 см і початком звуження в средньогрудном| відділі стравоходу і нижче.

Езофагоскопія проводилася двома методами. До 1993 р. в основному виконувалося піднаркозне дослідження з використанням ригідного езофагоскопа|. Метод мав ряд|лаву,низку| недоліків|нестач|: неможливість оглянути шлунок і початок|розпочало,зачало| дванадцятипалої кишки, стравохід міг бути оглянутий тільки|лише| до входу в стриктуру, оскільки інструмент мав великий діаметр. З 1993г. з|із| появою в клініці фіброгастроскопа| фірми “Olympus” ситуація значно змінилася до кращого. Фіброезофагогастроскопія безумовно є|з'являється,являється| найвідчутнішим методом для виявлення змін на слизистій оболонці, особливо при підозрі|підозрінні| на малігнізацію| рубцевого стенозу стравоходу (з|із| подальшим|наступним| цітологічним| і гістологічним дослідженням біоптата|).

Таким чином, піднаркозна езофагоскопія виконана 150 пацієнтам, фіброезофагоскопія| - 141. У|в,біля| 78 (26,8%) хворих при ортоградном| ендоскопічному дослідженні в супрастенотичній| частині|частці| стравоходу виявлені ознаки езофагіта|, які визначалися впродовж|упродовж| тривалого періоду після|потім| опіку. Найчастіше езофагіт| виявляли протягом перших 3 мес після|потім| опіку і у|в,біля| хворих з|із| вужчою і протяжнішою стриктурою.

Вхід в рубцевий стеноз по центру був розташований|схильний| у|в,біля| 63% пацієнтів, ексцентрично – у|в,біля| 37%. Рівні початку|розпочала,зачала| стенозу, визначувані рентгенологічно і ендоскопічно, як правило, співпадали|збігалися|, проте|однак| в 17 спостереженнях при рентгенологічному дослідженні був пропущений стеноз на рівні глотково-стравохідного переходу і виявлений при ендоскопії.

Для огляду вузького стенозу ми також використовували фібробронхоскоп| “Olympus-BF-B2” з|із| діаметром робочого кінця від 6 до 2,5 мм. Це дозволяло пройти|минути,спливти| далі в канал стриктури. Робочий канал бронхоскопа використовувався для подачі повітря.

За наявності гастростоми| виконувалося ретроградне ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунку. Показанням|показником,показанням| для цього була: рентгенологічна непрохідність стравоходу на рівні стенозу, що перешкоджало отриманню|здобуттю| інформації про дистальну частину|частку| стравоходу і шлунок. Всього таким методом обстежено 30 (10,3%) хворих. Рубцева післяопікова деформація шлунку без порушення евакуації виявлена у|в,біля| 12 пацієнтів.

Серед всіх хворих із стриктурами стравоходу зменшення маси тіла відмічено у 207 (71%). Цей симптом став одним з найважливіших для оцінки стану хворого і вирішення питань тактики лікування. Виснаженим хворим необхідно було провести невідкладні заходи щодо відновлення порушеного гомеостазу, тобто проведення парентерального живленняхарчування з урахуванням вираженості гіповолемії, гіпопротеїнемії та порушень сольового обміну, а також налагодження ентерального харчуванняхарчування. В більшості випадків це досягалося за допомогою гастростомії.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження виконували за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 1997.

**Основні результати роботи.** На першому етапі лікування нами було виконано 167 гастростомій, всі вони проведені без ускладнень. У|в,біля| 32 (11%) хворих до госпіталізації в клініку розвинулася стійка рання дисфагія, яка зажадала накладення гастростоми| (31) і єюностоми| (1) в лікувальних установах за місцем проживання.

Перевагами накладення гастростоми ми вважаємо:

1) швидке відновлення аліментарного статусу хворих за рахунок повноцінного живлення харчування з першої доби після операції;

2) ревізія шлунка й оцінка можливого майбутнього товстокишкового трансплантата з лігуванням судин (а. colica media) для тренування і збільшення в діаметрі живлячої ніжки (а. colica sinistra) й дуги Ріолана;

3) збереження задовільного живлення харчування при виключенні харчуванняхарчування per os після форсованого бужування стравоходу, яке, як правило, викликаєспричиняє езофагіт різного ступеня вираженості;

4) можливість безпечного та простого методу бужування «за нитку» в подальшому в амбулаторному режимі. Не потрібні ні введення наркозу, ні рентгеноконтроль положення бужа;

5) у разі неефективності бужування і виконання товстокишкової езофагопластики з першої доби після операції забезпечується ентеральне харчуванняхарчування через гастроєюнальний зонд.

Викладені переваги гастростоми вельми істотні,дуже значимі як на етапі бужування стравоходу, так і у разі реконструкції стравоходу.

Шлунковий свищ не накладали у 89 хворих, оскільки рубцева деформація була зіз прямим, рівномірним, доволі широким (0,4–0,6 см) просвітом і безпека бужування під наркозом за допомогою жорсткого езофагоскопа не викликала сумнівів.

Основним методом лікування рубцевих стриктур стравоходу ми вважаємо бужування, його використовували у 201 (68,8%) хворого. У клініці використовують наступні варіанти реканалізації стравоходу: 1) піднаркозне бужування з використанням жорсткого езофагоскопа| і пластикових термопластичних бужів, які можуть бути порожнистими, для проведення їх по металевій струні-провіднику у разі складних стриктур, а також бужі без каналу, які використовують при коротких і нескладних стенозах; 2) бужування стравоходу «за нитку» ортоградно|, цей метод застосовували найчастіше, нерідко як як продовження піднаркозного бужування, яке не завжди було ефективним і безпечним.

Враховуючи терміни госпіталізації пацієнтів, застосовували тількилише пізнє бужування стриктур стравоходу.

До надходження госпіталізації в клініку 87 (29,8%) хворим проводили бужування, а 28 були тільки зроблені спроби бужування, що виявилися невдалими. Найчастіше це було бужування «всліпу» (24 пацієнти), рідше (4) порожнистими бужами по струні-провіднику. У зв’язку зі складною стриктурою це призвело до перфорації стравоходу.

При лікуванні опікових стриктур стравоходу бужуванням слід пам’ятати, що ракове переродження відмічають тим частіше, чим більше період після опіку, причому особливо реальне це ускладнення в термін понад 20–30 років (у 1,4–7,2% хворих). Тому наполегливе бужування з нетривалим ефектом впродовжупродовж багатьох років невиправдане.

Аналіз даних літератури свідчить про невисокі результати бужування протяжних опікових стриктур з вузьким (менше 0,6 см) каналом, звитим ходом, ригідними стінками. При таких змінах стравоходу найбільш висока вірогідністьймовірність перфорації його стінки. Тому в клініці вироблена схема реканалізації рубцево-зміненого стравоходу, що дозволяє досягти максимального ефекту при складних стенозах з мінімальною загрозою перфорації. В той же час у разі тільки тимчасового ефекту, навіть при наполегливому бужуванні, вироблені критерії для припинення консервативного лікування і переходу до хірургічного.

Не виконувалося бужування у 91 (31,2%) пацієнта, причини були наступні: перфорація стравоходу — 20, стравохідно-трахеальний свищ — 2, стравохідно-бронхіальний — 2, стравохідно-легеневий — 9, стравохідно-медіастинальний — 9, стравохідно-шкірний свищ на шиї — 1, облітерація стравоходу — 44, малігнізація рубцево-зміненого стравоходу — 3, екстирпація стравоходу на етапах лікування — 1.

Показаннями до піднаркозного ендоскопічного бужування є:

- явища езофагіту в зоні стенозу і, як наслідок, неможливість проковтнути нитку (при методиці «за нитку») і вивести її через гастростому|;

- ексцентричне розташування входу в коротку стриктуру;

- рубцева деформація і стенозування стравохідно-стравохідних анастомозів;

- сприятливий варіант стриктури, при якому немає необхідності використовувати метод «за нитку».

Протипоказання до бужування такі:

– повна облітерація стравоходу;

– перфорація стравоходу;

– стравохідні свищі;

– малігнізація стриктури;

– виражений езофагіт з больовим синдромом.

Ми розробили і застосовуємо в складних ситуаціях комбінований метод бужування, при якому на першому етапі починаємо піднаркозне бужування, потім переходимо до методики «за нитку».

В результаті обстеження пацієнтів, яким проведено бужування, виділені три групи: 1-ша — з короткими стриктурами стравоходу (60 пацієнтів), 2-га — з протяжними стриктурами (121), 3-тя — з субтотальними і тотальними стенозами (20). При поглибленому обстеженні у 10 хворих виявлено опікову поразку ураження глотки і стравоходу та ув 37 — стравоходу і шлунка.

У більшості пацієнтів верхня межа звуження локалізувалася в середньому (51%) і верхньому (21%) грудних відділах стравоходу, значно рідше — в шийному, нижньому грудному й абдомінальному його відділах (відповідно у 9, 18 і 1% хворих). За даними ортоградного рентгенівського дослідження, найменший діаметр звуженої ділянки стравоходу більше ніж у половини хворих (63%) не перевищував 0,6 см, рентгенологічна непрохідність стравоходу нижче за стриктуру була у 6,3% пацієнтів і лише у 37% хворих діаметр звуження був більше 0,6 см. Отже, в основному методи бужування використовували у хворих з вираженою рубцевою стриктурою стравоходу, часто поєднаною (24,7%) і значною за протяжністю (57,9%).

Ефективність бужування залежить від ступеня вираженості рубцевих змін стравоходу, локалізації та протяжності стриктури, стану глотки, характеру попередніх операцій. Якщо вдається розширити стриктуру до розмірів бужа № 40 (за шкалою Шарьєра), повністю усувається дисфагія, відсутнє укорочення стравоходу і рефлюкс-езофагіт, прогноз слід вважати сприятливим. Якщо стриктуру вдається стійко розширити до бужа розміром № 33 і більше, а дисфагія у хворого виникає тільки при вживанні твердої їжі, результат розцінюється як задовільний. У решті випадків, зокрема при швидких рецидивах стриктури (через 1–2 міс), при систематичному бужуванні протягом 2 років незалежно від того, до якого діаметру вдається розширити стеноз стравоходу, ми вважаємо результат незадовільним.

Консервативне лікування рубцевого стенозу стравоходу за нашою методикою дало позитивний результат у 156 (77,6%) з 201 пацієнта. При коротких стенозах бужування було ефективним у 86,6%, протяжних — 75,2%, тотальних і субтотальних — 65%. У 27 випадках відмічено рецидив дисфагії у віддалений період, повторні курси бужування дали позитивний ефект.

 У 76 хворих було ефективним піднаркозне бужування під контролем ригідного езофагоскопа і по струні-провіднику. Розширення стриктур стравоходу за методикою «за нитку» дозволило усунути стеноз у 80 пацієнтів. Ця група була зіз складнішими і ригідними стенозами.

У 38 (18,9%) хворих, з особливо складними стриктурами застосовано поєднання піднаркозного бужування під контролем жорсткого езофагоскопа і методики «за нитку», оскільки тільки вона забезпечувала достатню безпеку і ефективність розширення таких стриктур. Комбіноване бужування в поєднанні іззі зваженим дотриманням показань до застосування такого варіанту лікування дозволило при великій кількості протяжних, субтотальних і тотальних стриктур (70,1%) у 104 (73,8%) хворих отримати позитивний результат.

Серед 31 пацієнта зіз «свіжою» перфорацією, у 25 (80,6%) діагноз встановлений протягом 24 год і у 6 (19,4%) в період від 2 до 14 діб після ураження.

Завданнями хірургічного лікування ушкоджень стравоходу є розтин і дренування зон перфорацій, втручання на стравоході при ушкодженні незміненої стінки, забезпечення ентерального харчуванняхарчування з виключенням стравоходу зіз пасажу їжі. У рішенні цих завдань найважливіше значення має вибір раціонального хірургічного доступу.

Розташування стравоходу в задньому середостінні сприяло найбільш частому розвитку заднього медіастиніту (90,3%), тільки в трьох випадках при пізній діагностиці (1, 5, 14 діб|) після перфорації розвинувся тотальний медіастиніт. При 8 пошкодженняхушкодженнях на рівні глотки та шийного відділу стравоходу крім задньо-верхнього медіастиніту у 6 пацієнтів була флегмона шиї. Емпієма плеври виникла при ураженні середньогрудного (3) і нижньогрудного| (7) відділу стравоходу. У одному випадку при перфорації нижньогрудного| відділу стравоходу виявлена флегмона зачеревного простору, що потребувало додаткового дренування цієї ділянки. З метою санації середостіння використовувалися: цервікотомія| за Разумовським, дренуванню середостіння (9); торакотомія, медіастинотомія, дренування середостіння і плеври (14); лапаротомія, діафрагмотомія|, дренування середостіння за Савіних-Розановим (10) (табл. 3).

**Таблиця 3**

**Характер|вдача| оперативних втручань| при пошкодженні|ушкодженні| глотки|горла|, стравоходу, шлунку**

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва операції** |  **Кількість** |
| - лапаротомія, гастростомія за Кадером, перев'язка а. colica media | 24 |
| - торакотомія, медіастинотомія, дренування середостіння і плевральної порожнини | 14 |
| - лапаротомія, діафрагмотомія|, дренування середостіння за Савіних – Розановим | 10 |
| - цервікотомія| за Разумовськім, дренування середостіння | 9 |
| - ушивання стравоходу | 12 |
| - гастректомія | 1 |
| - єюностомія | 3 |
| - парціальна резекція шлунку по Б-I | 2 |
| - субтотальна резекція стравоходу | 1 |
| **Всього** | **76** |

Ушивання дефекту стравоходу виконувалося у 12 (41,4%) хворих, з них у 4 була перфорація шийного відділу і у 8 — грудного відділу стравоходу. З 12 хворих ушивання дефекту до 12 год після пошкодження було проведено у 6 (50%) хворих, у інших (6) мінімальний період після перфорації до ушивання становив 24 год, максимальний — 5 діб|. Неспроможність шва стравоходу виявлена у 2 (16,7%) випадках. Причому слід зазначити, що в одному випадку дефект стравоходу був ушитий через 6 год після перфорації, а в другому — через 24 год.

Для виключення стравоходу з пасажу їжі і забезпечення ентерального харчуванняхарчування у 24 (77,4%) пацієнтів ми використовували гастростому, у 3 (9,7%) — єюностому і в 4 (12,9%) — назогастральний зонд. У одному випадку гастростома| була накладена раніше (до перфорації), в 23 — ми виконували це втручання при виникненні пошкодженняушкодження стравоходу, причому в двох випадках одночасно була виконана парціальна резекція шлунка за Більрот-I, оскільки інтраопераційно був діагностований декомпенсований| рубцевий стеноз антрального| відділу шлунка. Єюностомія виконувалася вимушено|, оскільки ми не є прихильниками накладення кишкової стоми| при можливості проведення більш фізіологічної шлункової.

Показаннями до накладення єюностоми є такі причини: гастректомія в анамнезі; гастректомія після перфорації тотально ураженого шлунка; обширний рубцевий процес шлунка, що виключає можливість проведення гастростомії.

Серед 30 пацієнтів з перфорацією стравоходу позитивний результат був досягнутий у 23 (76,7%). Середній термін закриття дефекту становив 21,7 доби і коливався від 7 до 60 діб. У 5 (16,7%) пацієнтів сформувалися стравохідні свищі: стравохідно-бронхіальний (1), стравохідно-медіастинальний (3), стравохідно-легеневий (1). В подальшому у 2 пацієнтів свищі закрилися і їм було проведено бужування стравоходу, в одного разом із закриттям дефекту виникла облітерація стравоходу на рівні Th6, йому потім була виконана внутрішньогрудна пластика стравоходу шлунком, ще двом пацієнтам було потрібно проведення одномоментної загрудинної товстокишкової езофагопластики з перетином стравоходу на шиї.

Фатальних результатів на 31 перфорацію стравоходу (30) і шлунка (1) було 2 (6,5%), причина — тотальний медіастиніт з подальшою поліорганною недостатністю.

З 29 пацієнтів, вилікуваних після перфорації, у 15 просвіт стравоходу відновлений бужуванням, 5 не потребували бужування, оскільки після ушивання дефекту стравоходу у останнього них зберігся достатній просвіт для задовільного харчуванняхарчування, 9 пацієнтів перенесли езофагопластику: у тому числі одномоментну загрудинну товстокишкову пластику стравоходу – 5; внутрішньогрудну езофагопластику шлунком — 1; місцеву езофагопластику — 3.

До найбільш важкихтяжких ускладнень перфорації стравоходу разом з медіастинітом ми відносимо свищі стравоходу. Якщо пошкодження ушкодження стравоходу не закривалося протягом 2 міс, то, як правило, відбувалися епітелізація| дефекту стінки стравоходу і формування свища.

Ми спостерігали 23 (7,87%) пацієнтів зіз свищами у віці від 19 до 63 років, середній вік — 42,4 року. Найбільш частою причиною пошкодженняушкодження стравоходу зз подальшим формуванням свища було бужування «всліпу|» — 56,5%. У найбільшої групи пацієнтів відмічали свищі нижньогрудного відділу стравоходу — (56,6%), у найменшої — локалізацію свищів в шийному (8,7%), верхньогрудному| (13%) та средньогрудному (27,7%) відділах.

У 14 (60,7%) з 23 пацієнтів свищі стравоходу призводили до розвитку ускладнень з боку середостіння, плевральної порожнини, легенів, ребер. Так, хронічний медіастиніт виявляли у 8 (34,8%) хворих, обмежену емпієму плеври — у 6 (26,1%), в одного пацієнта стравохідно-легеневий свищ ускладнився абсцесами верхньої часткидолі правої легені і в одного стравохідно-плевро-шкірний свищ був причиною обмеженої емпієми плеври і остеомієліту ребра. Поєднання хронічного медіастиніту й обмеженої емпієми плеври ми відмічали у 2 хворих.

За частотою переважали стравохідно-медіастинальні — 9 (39,1%) і стравохідно-плевральні свищі 6 (26,1%), рідше виявляли стравохідно-трахеальні і стравохідно-бронхіальні — по 2 (8,7%), стравохідно-легеневі — 3 (13,05%), стійкий стравохідно-шкірний свищ на шиї був у 1 (4,35%) пацієнта.

Варіанти лікування залежали від типу і локалізації свища, протяжності і вираженості рубцевого стенозу стравоходу, ускладнень. Основними лікувальними заходами після діагностування свища були: забезпечення повноцінного тривалого ентерального харчування харчування й усунення запальних ускладнень.

Тільки| у 2 (8,7%) пацієнтів, після забезпечення ентерального живленняхарчування і закриття свища вдалося завершити лікування бужуванням. Слід зазначити, що свищі у обох пацієнтів обмежувалися клітковиною середостіння, не було явищ хронічного медіастиніту і значного депо рентгенконтрасту.

Решті (21) пацієнтів знадобилося проведення різних хірургічних втручань високої складності, характер яких залежав від рівня свища, його зв’язку з іншими органами середостіння і грудей і стану стравоходу.

Місцева езофагопластика виконана 5 (21,7%) пацієнтам. З них у 2 хворих свищ локалізувався в шийному відділі стравоходу, ще у 2 — в средньогрудному і у 1 — в нижньогрудному відділі стравоходу.

16 (69,7%) пацієнтів потребували заміни ураженого стравоходу трансплантатом. З них у 14 випадках проведена одномоментна загрудинна товстокишкова ізоперистальтична езофагопластика і у 2 — внутрішньоплевральна пластика стравоходу шлунком.

Крім операцій, що забезпечують харчуванняхарчування (гастростомія, парціальна резекція шлунка) на етапі, який передував езофагопластиці, одному пацієнту виконана торакотомія зліва, резекція двох ребер (остеомієліт|), плевректомія і декортикація легені (емпієма). 3 пацієнтам виконана екстирпація стравоходу, з них 2 у нас в клініці і 1 — до госпіталізації.

Таким чином, 2 (8,7%) пацієнти зіз свищем стравоходу вилікувані консервативно, у 5 (21,65%) застосована місцева езофагопластика, що дозволила усунути свищ і відновити функцію природного стравоходу і 16 (69,65%) пацієнтів перенесли шунтуючу (11) і резекційну (5) езофагопластику, з них тотальна — в 4 випадках, субтотальна — в 10, сегментарна — в 2.

Не менш складною патологією стала поєднана стриктура стравоходу, діагностована у 74 (25,3%) хворих. Варіанти поєднання стенозу стравоходу і інших анатомічних відділів були такі: глотка і стравохід — 6 (8,1%) пацієнтів; гортань, глотка, стравохід — 6 (8,1%); гортань, глотка, стравохід, шлунок — 1 (1,35%); гортань, стравохід, шлунок — 1 (1,35%); стравохід і шлунок — 60 (81,1%) пацієнтів. У більшості спостережень (98,65%) поєднаний стеноз був на двох рівнях верхніх відділів травного тракту і лише у 1 (1,35%) пацієнта переважало стенозування на трьох рівнях: глотка, стравохід, шлунок. Зміни гортані виявлені у 9 (12,15%) пацієнтів. Як правило, за наявності змін гортані була рубцева деформація або стенозування глотки — у 8 з 9 пацієнтів.

Виконуючи той або інший варіант резекції шлунка ми завжди проводили ретельну інтраопераційну ревізію з метою правильного вибору лінії резекції в зоні незміненої слизової оболонки. При цьому покладалися не тільки на пальпацію і макроскопічну оцінку стінок шлунка і дванадцятипалої кишки, але додатково після резекції зміненого рубцевим процесом сегменту проводили мікроскопічне експрес-дослідження зрізів стінки шлунка по лінії перетину. Цей підхід дозволив виключити можливість розвитку рестенозів щойно сформованих сполучень в ранній і віддалений післяопераційний період у всієї групи пацієнтів, прооперованих в нашій клініці.

Ми проти проведення при рубцевому стенозі антрального відділу і пілоруса шлунка, операцій типу: резекція за Більрот-II, гастроентеростомія, пілоропластика з таких причин: 1) при виконанні резекції за Більрот-II або накладенні гастроентероанастомозу порушується природний пасаж їжі, крім цього проведення петлі порожньої кишки через мезоколон викликаєспричиняє значний рубцевий процес в зоні дуги Ріолана й основних судин ободової кишки, що надалі значно ускладнює колоезофагопластику; 2) накладення гастроентероанастомозу на передній стінці шлунка значно утрудняє виконання гастростомії й практично не залишає місця для (за наявності ГЕА та гастростоми) анастомозу товстокишкового трансплантата й шлунка (при подальшій езофагопластиці), а виконання сполучення петлі порожньої кишки із задньою стінкою шлунка робить неможливим проведення товстокишкового трансплантата позаду шлунка; 3) різні варіанти пілоропластики неприйнятні тому, що виконуються на ураженому сегменті шлунка (відновлюючи вихід з шлунка, але зберігаючи рубцево-змінений сегмент), що не гарантує в подальшому рецидиву стенозу, оскільки терміни післяопікового рубцювання закінчуються пізніше за розвиток декомпенсації прохідності звуженого сегменту шлунка. До того ж зміни вихідного відділу шлунка, як правило, були такі, що пілоропластика як метод відновлення евакуації з шлунка була неефективною. Чотирьом пацієнтам до госпіталізації в нашу клініку були накладені гастроентероанастомози з проведенням петлі тонкої кишки через мезоколон і формування міжкишкового Браунівського сполучення.

Мета проведених нами реконструцій — створення фізіологічного пасажу їжі з шлунка; резекція рубцево зміненої частини шлунка; вивільнення передньої стінки шлунка від сполучення з худою кишкою; накладення гастростоми; підготовка сегменту ободової кишки для майбутньої трансплантації. Це було досягнуто за допомогою прийнятих в клініці за стандарт хірургічних втручань: повторна лапаротомія, усунення гастроентероанастомозуу, резекція міжкишкового Браунівського сполучення з анастомозом «кінець в кінець», резекція шлунка за Більрот–I, гастростомія за Кадером, перев’язка а. colica media. Операцію завершували проведенням зонду через гастростому в тонку кишку до рівня зв’язки Трейца. Цей прийом давав можливість до кінця першої доби після операції вводити в тонкий кишечник воду і поживні суміші, оминувши оперований шлунок. Післяопераційних ускладнень в цій групі хворих відмічено не було. У подальшому трьом пацієнтам була виконана загрудинна товстокишкова езофагопластика, у одного хворого стравохід був разбужований за методикою «за нитку».

Аналізуючи результати лікування наслідків поєднаного опіку стравоходу і шлунка, слід зазначити, що 25 (40,3%) з 62 пацієнтів була потрібна езофагопластика:, в тому числі у 22 випадках — загрудинна товстокишкова і в 3 — внутрішньогрудна. Найбільш складними в технічному плані виявилася пластика, яка потребувала тотального заміщення стравоходу на фоні виконаних до госпіталізації в клініку дренажних операцій на шлунку, що викликало розвиток значного спайкового процесу в черевній порожнині.

Наші підходи в лікуванні наслідків опіку стравоходу і шлунка дозволили уникнути випадків смерті та відновити нормальне харчуванняхарчування per os у всіх пацієнтів.

Часто не менш складним в лікуванні є поєднання післяопікових змін глотки, стравоходу, гортані в різних комбінаціях, іноді разом з рубцевим стенозом шлунка. Серед 74 пацієнтів з поєднаним післяопіковим рубцевим стенозом стравоходу таких хворих було 14 (18,9%). Найбільш численними були групи з поразкоюураженням гортані, глотки, стравоходу і глотки, стравоходу — по 6 пацієнтів в кожній, групи хворих, у яких відмічали поєднання: гортань, стравохід, шлунок і гортань, глотка, стравохід, шлунок, складалися з 1 пацієнта.

Післяопікова рубцева деформація гортані, як правило, поєднувалася з аналогічними змінами глотки, часто з розвитком облітерації останньої. Тому на першому етапі лікування необхідне накладення гастростоми, метою якої є можливість повноцінного живленняхарчування пацієнта, ревізія шлунка (при непрохідності глотки) і підготовка сегменту ободової кишки для можливої фарингоезофагопластики. Оцінка можливості відновлення функції ураженого надгортанника вимагає часу (до 6 міс) за умови збереження прохідності глотки. Інакше неможливо достовірно вказати причину потрапляння їжі і слини в дихальні шляхи, оскільки нею може бути перешкода на рівні гортаноглотки. При вираженій рубцевій деформації та фіксації в рубцях надгортанника показана підпід’язикова фаринготомія з посіченням рубців вестибулярного відділу гортані й надгортанника. При виконанні товстокишкової фарингоезофагопластики і накладенні анастомозу з ротоглоткою завжди виникає порушення акту ковтання, зумовлене топографією анастомозу відносно до входу в гортань й усуненням функції гортаноглотки. Як свідчить наш досвід, цей недолік тимчасовий, оскільки частково (або повністю) втрачені функції надгортанника і глотки виконують м’язи дна рота, корінь язикаязика, ротоглотка, що запобігає потраплянню їжі і слини у верхні дихальні шляхи.

Поєднання післяопікових змін глотки і стравоходу без залучення гортані ми виявляли у 6 пацієнтів. У 3 хворих цієї групи рубцеві зміни були подвійної локалізації: на рівні грушовидних синусів глотки і в середньо- та нижньогрудному відділах стравоходу із збереженням прохідності для рідкої їжі. На рівні глотки стенозування було вираженим, до 0,2–0,3 см в діаметрі, з цієї причини бужування було неможливим.

При такому варіанті ураження в клініці вироблений новий підхід (патент України № 9531) що дозволяє відновити функцію уражених глотки і стравоходу. На першому етапі лікування накладалася гастростома і перев’язувалися судини можливого товстокишкового трансплантата. На другому етапі виконувалася лівобічна цервікотомія, езофагофаринготомія, посічення рубців гортаноглотки з накладенням стравохідно-глоткового анастомозу в 3/4 кола однорядним швом на товстому зонді. На третьому етапі, після відновлення функції глотки, виконували бужування за методикою «за нитку» стенозованого сегменту грудного відділу стравоходу. Бужування було ефективним ув всіх пацієнтів цієї групи, максимальна величина бужа була достатньою (№ 37, 39, 40) у кожного пацієнта для повноцінного харчування харчування per os.

При поєднанні стенозу глотки з субтотальною або тотальною рубцевою стриктурою стравоходу місцева фарингопластика в комбінації з бужуванням стравоходу неефективна, єдиним варіантом лікування є товстокишкова фарингоезофагопластика. Анастомоз товстої кишки з незміненою частиною глотки за за типом «кінець в бік» дозволяє відновити функцію глотки, оскільки частково її заміщає ділянка товстої кишки в зоні сполучення. При створенні анастомозу з гортаноглоткою дисфункція акту ковтання виражена менше, ніж при сполученні з ротоглоткою. У таких випадках необхідне тренування акту ковтання, яке дозволяє досягти нормального пасажу їжі без потрапляння в дихальні шляхи.

292 хворих перенесли 155 реконструктивних втручань, з них різні відновні операції на стравоході виконані у 121 (41,4%) пацієнта (табл. 4).

 **Таблиця 4**

**Варіанти виконаних реконструктивних втручань при рубцевих стриктурах стравоходу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Найменування операції** | **Кількість хворих** |
| Товстокишкова загрудинна тотальна езофагопластика | 20 |
| Товстокишкова загрудинна субтотальна езофагопластика | 56 |
| Товстокишкова внутрішньогрудна шунтуюча езофагопластика | 12 |
| Товстокишкова внутрішньогрудна замісна езофагопластика |  2 |
| Внутрішньогрудна езофагопластика шлунком |  8 |
| Задньомедіастінальна субтотальна езофагопластика шлунком |  1 |
| Загрудинна субтотальна езофагопластика шлунком |  1 |
| Резекція стравоходу із стравохідно-стравохідним анастомозом |  9 |
| Сегментарна резекція стравоходу, езофагогастроанастомоз| |  2 |
| Резекція глотково-стравохідного переходу з анастомозом |  9 |
| Резекція глотково-кишкового співустя з анастомозом |  1 |
| Підпід’язикова фаринготомія|, пластика ротогортаноглотки |  1 |
| Парціальна резекція шлунка за Б–I, гастростомія, перев’язка а. colica media | 28 |
| Зняття ГЕА, парціальна резекція шлунка за Б–I, резекція міжкишкового анастомозу за Брауном, гастростомія, перев’язка а. colica media |  4 |
| Сегментарна резекція шлунка з гастрогастроанастомозом| |  1 |
| **Всього** | **155** |

Серед оперативних втручань необхідно виділити:

1 – одномоментна товстокишкова загрудинна тотальна (субтотальна) езофагопластика (фарингоезофагопластика);

2 – внутрішньогрудна товстокишкова ізоперистальтична шунтуюча (резекційна) езофагопластика;

3 – одномоментна езофагопластика шлунком (внутрішньогрудна, задньомедіастинальна, загрудинна);

4 – езофагопластики, проведені за допомогою прямих анастомозів на стравоході (стравоході та глотці).

Показаннямиоказаннями до проведення езофагопластики є:

1) повна непрохідність стравоходу, тобто рубцева облітерація;

2) тотальні та субтотальні рубцеві стриктури стравоходу ізз звитим каналом і діаметром просвіту менше 0,5 см;

3) короткі й протяжні стенози, які при систематичному бужуванні протягом 6 міс мають негативну клінічну, рентгенологічну і ендоскопічну динаміку;

4) рубцеві звуження будь-якої локалізації і протяжності, що піддаються бужуванню, але після двох років систематичного бужування не досягається стабільний задовільний просвіт в зоні стенозу;

5) рубцева стриктура нижньої третини стравоходу з укороченням останнього і порушенням функції замикального апарату кардії;

6) малігнізація рубцево-зміненого стравоходу;

7) наявність свища стравоходу, що сформувався, на будь-якому рівні;

8) стан після екстирпації стравоходу.

Ми навмисно не ставимо вікових обмежень для езофагопластики, оскільки маємо досвід успішної резекції рубцево-зміненого стравоходу з високою внутрішньогрудною пластикою шлунком у пацієнта віком 72 роки.

Також у нас відсутнє таке протипоказання до пластики стравоходу, як виснаженість хворого і порушення водно-електролітного балансу. Оскільки прийнятий в клініці підхід — накладення гастростоми при тяжких опіках стравоходу, дозволяє швидко відновити повноцінне ентеральне харчуванняхарчування при опіках будь-якої складності і протяжності, а в поєднанні з підготовкою сегменту товстої кишки для можливої трансплантації має незаперечні переваги. Ні ув одного пацієнта тотальна, субтотальна, сегментарна, місцева езофагопластика не виконувалася при дефіциті маси тіла.

Наш матеріал дає підставу говорити, що у кожному конкретному випадку необхідно вирішувати питання на користь одномоментності виконання езофагопластики з використанням шлунка, кишки або місцевої реконструкції, а іноді — поєднання місцевої та сегментарної езофагопластики (у два етапи). Основними чинникамифакторами, що впливають на вибір варіанту операції, є характер патологічного процесу, його поширеність і локалізація. При вирішенні цього питання ми максимально зберігаємо незмінений, функціонально повноцінний стравохід. Тому при поразціураженні стравоходу в нижній його третині, приблизно до середини грудного відділу, віддаємо перевагу внутрішньогрудним езофагопластикам (22 хворих). Використовуємо як резекційні, так і шунтуючі змінений сегмент стравоходу варіанти реконструкції. Як пластичний матеріал при резекційній пластиці використовували шлунок (8) або товсту кишку (2), при шунтуючій (12) — товсту кишку. Основним позитивним моментом внутрішньогрудної пластики є збереження повноцінного верхнього сегменту стравоходу.

У разі тотального ураженняураження стравоходу або при рубцях у верхній третині стравоходу (грудного відділу) і шийного відділу проводили загрудинну ізоперистальтичну езофагопластику товстою кишкою. Субтотальних і тотальних езофагопластик виконано 78, з них тотальних — 20. Гастроезофагопластик було проведено 2 (1 – загрудинна, 1 – задньомедіастинальна). Після екстирпації стравоходу (7) в 5 випадках штучний стравохід був створений з товстої кишки, в 2 – із шлунка.

Місцева езофагопластика проведена у 21 пацієнта. Даний вид реконструкції застосовували при локальному рубцевому стенозі протяжністю 2,5–3 см.

Таким чином, у 121 (41,4%) пацієнта для усунення рубцевого стенозу стравоходу було необхідне виконання езофагопластики в різних варіантах. Чоловіків було 85, жінок — 36. Віковий діапозон| — від 16 до 72 років, більшість 104 (86%) становили люди активного працездатного віку (до 55 років).

При виконанні тотальної і субтотальної езофагопластики ми є прихильникамиприбічниками використання товстокишкового трансплантата, розташованого ізоперистальтично з живлячою судиною а.colica sinistra.

Як свідчить наш досвід, трансплантат, що включає поперечно-ободову кишку, частину низхідної (до а.colica sinistra) і при необхідності кінцеву частину висхідної, завжди мав достатню довжину для виконання субтотальної і тотальної загрудинної ізоперистальтичної езофагопластики.

Тільки в двох випадках був потрібний додатковий перетин а.colica dextra з метою збільшення довжини трансплантата.

 Перевагами розробленої нами тактики ми вважаємо:

1. можливість нормального харчуванняхарчування через гастростому на підготовчому етапі;

2. виключення травмуючого і небезпечного бужування стравоходу для підтримки харчуванняхарчування per os у пацієнтів з вираженими стриктурами;

3. своєчасна діагностика рубцевого стенозу вихідного відділу шлунка, що вимагає хірургічної корекції;

4. виконання езофагопластики у добре підготовленого хворого з напередіз заздалегідь вибраним трансплантатом.

Переваги товстокишкового| трансплантата перед шлунковою трубкою ми вбачаємо в наступному:

– збереження шлунка в травному процесі;

– завжди достатня довжина як при езофагопластиці, так і при фарингоезофагопластиці;

– універсальність у разі поєднаних опіків стравоходу з шлунком і глоткою, оскільки після парціальної резекції шлунок для трансплантації непридатний, а при опіках глотки достатня довжина товстокишкового трансплантата в поєднанні з тоншою стінкою, ніж у шлунка, мають значні переваги в створенні сполучення з гортаноглоткою і тим більше — з ротоголоткою;

– відсутність рефлюкс-эзофагіту при субтотальній товстокишковій езофагопластиці порівняно з аналогічною шлунковою;

– можливість використання безпечнішого загрудинного розташування трансплантата порівняно із задньомедіастинальним, що вимагає екстирпації стравоходу та має ряд низку негативних моментів: ушкодження блукаючих нервів; загроза пошкодженняушкодження ductus thoracicus, судин середостіннятрахеї, головних бронхів; неможливість екстирпації з трансхіатального доступу при свищах стравоходу і склерозуючому медіастиніті (що викликає необхідність проведення додаткової торакотомії).

Тільки у 2 пацієнтів при виконанні субтотальної езофагопластики ми скористалися шлунком. Цей варіант ми використовували при малігнізації післяопікового рубцевого стенозу стравоходу. Необхідність такої пластики продиктована такими причинами:

1. екстирпація| стравоходу;

2. одномоментність операції і, відповідно, надійніше кровопостачання шлунка порівняно з непідготовленим товстокишковим трансплантатом;

3. можливість повноцінної лімфаденектомії в черевній порожнині після мобілізації шлунка.

Ми дотримуємося думки, що при резекції стравоходу з малігнізованими рубцевим стенозом необхідна торакотомія, оскільки це дозволяє виконати лімфаденектомію значно ефективніше, а саме витягнення рубцево-зміненого і малігнізованного стравоходу проходить безпечніше та радикальніше, ніж при трансхіатальному доступі.

У разі рубцевої стриктури подвійної локалізації, коли бужування і проксимального (глотково-стравохідний перехід), і дистальних (верхньогрудний відділ) стенозів було неефективним, ми застосували новий варіант лікування (патент України № 61842 А). Після накладення гастростоми й підготовки сегменту товстої кишки для трансплантації ми виконували описаний вище варіант операції (цервікотомія, посічення рубцевого стенозу глотково-стравохідного переходу, анастомоз в 3/4). Надалі, після періоду, необхідного для тренування судин товстокишкового трансплантата, виконували загрудинну ізоперистальтичну субтотальну товстокишкову езофагопластику з анастомозом «кінець в бік» вище за дистальний стеноз. Такий підхід дозволив максимально зберегти функціонуючий незмінений стравохід, розташований між стенозами, уникнути тотальної езофагопластики з формуванням глотково-кишкового анастомозу. Збереження здорового сегменту власного стравоходу завжди покращує функціональні можливості порівняно з тотальною кишковою або шлунковою езофагопластикою і дозволяє використовувати коротший трансплантат, що значно знижує ризик недостатності кровопостачання його проксимального кінця і відповідно знижується ризик неспроможності стравохідно-кишкового анастомозу в ранній післяопераційний період і стенозування сполучення у віддалений. Описаний новий варіант лікування рубцевої стриктури стравоходу подвійної локалізації був з успіхом застосований у 3 пацієнтів.

До останнього часу залишалася невирішеною проблема «сліпого мішка» власного стравоходу при виконанні субтотальної й тотальної кишкової езофагопластики. Це стосується ситуацій, коли рубцева облітерація стравоходу локалізується у верхньогрудному відділі і навіть виконання широкого анастомозу на шиї не позбавляє в подальшому від формування «сліпого мішка», а при постійному його розтягуванні їжею формується гігантський хибний дивертикул з явищами хронічного дивертикуліту і загрозою перфорації останнього. Нами розроблений і упровадженний запроваджений в клінічну практику новий варіант реконструкції стравоходу, що дозволяє уникнути перерахованих недоліків (патент України № 61843А).

Суть даної операції така: перед проведенням товстокишкового трансплантата за грудиною ми виконуємо верхню поздовжньо-поперечну стернотомію в проекції незміненого сегменту верхньогрудного відділу стравоходу. Після розведення країв розітнутої ділянки грудини в стравохід до рівня облітерації вводиться товстий шлунковий зонд. Це дозволяє чітко визначити рівень облітерації й полегшує мобілізацію незміненого сегменту верхньогрудного| відділу стравоходу. Для кращої візуалізації цієї ділянки стравоходу дихалкатрахея й крупні судини переднього середостіння відводяться убік. Мобілізований стравохід береться на турнікет і виводиться з глибини рани. Потім виконується прошивка й перетин стравоходу над рівнем облітерації, це можна виконувати уручнувручну або за допомогою апарату УО-40. Після перетину стравоходу він за утримувачі піднімається вгору, в загрудинний тунель проводиться товстокишковий трансплантат і визначається оптимальний рівень анастомозу. Надлишок стравоходу відсікається й формується стравохідно-кишковий анастомоз «кінець в кінець» на товстому зонді. Його можна формувати на рівні рукоятки грудини або, при сумнівах в надійності сполучення, на шиї, тим самим виключаючи загрозу медіастиніту при неспроможності анастомозу. Описаний варіант реконструкції дозволяє ліквідовувати «сліпий мішок» власного стравоходу і одночасно створює оптимальні умови для стравохідно-кишкового анастомозу «кінець в кінець». Такий вид операції ми застосували у 5 хворих з добрими безпосередніми та віддаленими результатами.

На сьогодні недостатньо розроблені показання до операції, методика і техніка пластики стравоходу при короткій рубцевій стриктурі, особливо його шийного відділу й глотково-стравохідного переходу.

Ми дотримуємося думки, що при стриктурах завдовжки 2,5–3 см і незмінених стінках стравоходу (і глотки) вище та нижче за звуження показана реконструкція тканинами власного стравоходу.

Наш досвід дозволив розробити наступні показання до проведення локальних реконструктивних втручань при коротких стриктурах:

1. облітерація стравоходу в зоні короткої стриктури;

2. неефективність бужування короткої стриктури;

3. стеноз глотково-кишкового або стравохідно-кишкового анастомозу після попередньої езофагопластики;

4. операційна або побутова травма стравоходу (глотки), що призвела до порушення безперервності стравоходу довжиною до 2,5 см або короткого стенозу;

5. свищ стравоходу в зоні короткої стриктури;

6. поєднання короткої й протяжної рубцевих стриктур на двох рівнях з короткою стриктурою, що не піддається бужуванню.

Метою розробки цих показань показань до локальної реконструкції було збереження власного стравоходу і зниження ризику післяопераційних ускладнень і смерті, що підвищується при субтотальних пластиках стравоходу і, тим більше, фарингоезофагопластиках.

Місцева пластика стравоходу у 13 (61,9%) хворих була виконана з шийного доступу, 7 (33,3%) пацієнтам знадобилася торакотомія (лівобічна — 3, правобічна — 4), у 1 (4,8%) хворого застосований комбінований доступ — цервікотомія, подовжньо-поперечна стернотомія.

У 7 спостереженнях при короткому стенозі шийного (2) і грудного (5) відділів стравоходу виконана циркулярна резекція стравоходу з анастомозом «кінець в кінець» в модифікації клініки (патент України № 61844А). При цьому спочатку подовжньо розтинали стінку стравоходу в зоні стенозу завдовжки 3см. Потім циркулярно сікли лише рубцево-змінену слизову і підслизову оболонки, зберігаючи незмінену м’язову оболонку. Далі проводили відновлення посічених шарів стравоходу шляхом накладення циркулярного вузлового шва на слизову і підслизову оболонки з підхопленням в шов нерозітнутої м’язової оболонки. Післяотім розводили подовжній розріз стравоходу, на товстому зонді накладали вузловий шов в поперечному напрямі на слизову і окремо м’язову оболонки (vicryl 4-0).

Даний варіант операції дозволив максимально зберегти незмінену м’язову оболонку стравоходу, що покращувало кровопостачання в зоні шва слизової й підслизової оболонки. А розведення подовжнього розрізу стравоходу в зоні стенозу і накладення поперечного шва давали можливість виконати економну резекцію з формуванням досить широкого анастомозу. Збереження цілої м’язової оболонки в зоні посічення рубців слизової та підслизової оболонки значно знижувало ризик неспроможності сполучення порівняно із стравохідно-стравохідним анастомозом, коли виконується циркулярна резекція всіх шарів стінки стравоходу в зоні короткої стриктури.

Застосування місцевої езофагопластики дозволило уникнути тотальної, субтотальної та сегментарної реконструкції стравоходу у 17,35% хворих, що відповідно значно понизилознизило ризик хірургічних втручань.

Дані наших спостережень, результати хірургічного лікування рубцевих стриктур стравоходу у 121 хворого (зіз смертністю 0,83%) дозволяють визначити та проаналізувати причини виникнення найбільш характерних помилок і обгрунтувати шляхи попередження запобігання і зменшення їх кількості.

З 78 пацієнтів, що перенесли субтотальну і тотальну езофагопластику, у 24 (30,76%) хворих розвинулися різні післяопераційні ускладнення.

Вироблений в клініці алгоритм контролю стану плевральних порожнин і легенів дозволив своєчасно використовувати весь арсенал сучасних інструментальних, фізіотерапевтичних і лікарських засобів для усунення виявлених на ранній стадії плевро-легеневих ускладнень, що дозволило значно понизитизнизити кількість післяопераційних пневмоній (2,56%), емпієм плеври (1,28%) і в короткий термін усунути такі ускладнення, як пневмо- (7,68%) і гідроторакс (2,56%).

Із специфічних ускладнень, пов’язаних безпосередньо з операцією, ми відмічали неспроможність шийного анастомозу у 3 (3,84%) хворих і ранній стеноз шийного анастомозу у 2 (2,56%), що сформувався протягом перших 30 днів після операції. Слід зазначити, що| ці ускладнення ми відзначали в період до 1991 р. У подальшому із зміною шовного матеріалу (vicryl|) і застосуванням прецизійної техніки виконання шийних сполучень| таких ускладнень ми не виявляли.

Таким чином, завдяки розробленим і упровадженимзапровадженим в клініці підходам при виконанні субтотальної і тотальної езофагопластики нам вдалося значно зменшити кількість неспроможності шийного анастомозу (3,84%) порівняно з даними (7–19%) інших авторів (Андріанов В.А., 1991; Черноусов О.Ф., 1998; Саєнко В.Ф., 2002; Ксенофонтов С.С., 2007; Cheng B.C., 1994; J. Knesevic, 1994).

Таких ускладнень, як неспроможність абдомінального анастомозу, частковий і повний некроз трансплантата, травма поворотного горлового нерва, що приводятьсянаводяться всіма авторами, у нас виявлено не було. Випадків смерті, зумовлених специфічними післяопераційними ускладненнями, ми уникнули, а смерть одного пацієнта після тотальної езофагопластики була спричинена гострою серцево-судинною недостатністю. Смертність становила 0,83% на 121 пластику стравоходу, що порівняно з даними (1,6–5,9%), представленими вище зазначеними авторами, істотно нижча. Слід зазначити, що після 1991 р. випадків смерті у нас зафіксовано не було.

Найбільш серйозним ускладненням при внутрішньогрудній пластиці стравоходу вважається неспроможність анастомозу. Ми відмічали її у 2 (9%) пацієнтів після операції Гарлока.

Якщо на 8 стравохідно-шлункових сполучень у 2 (25%) розвинулася неспроможність, то після 14 внутрішньогрудних товстокишкових езофагопластик ми не виявили жодного такого ускладнення.

Використання підготовленого товстокишкового трансплантата в поєднанні з виключенням гастростазау, який завжди якоюсь мірою виникає після переміщення шлунка в плевральну порожнину (при гастроезофагопластиці), травми блукаючих нервів, а також кращим зіставленням стінок сегментів стравоходу і товстої кишки, що піддаються анастомозу, показало перевагу внутрішньогрудної товстокишкової езофагопластики перед пластикою шлунком в плані розвитку неспроможності сполучення стравоходу з трансплантатом.

Патологічні стани легенів (гіповентиляція, ателектаз) і плеври (гідроторакс, пневмогідроторакс) усувалися в короткий термін завдяки таким відпрацьованим діагностичним і лікувальним заходам:

1) рентгенівське дослідження органів грудей на другий день після операції;

2) санаційна фібробронхоскопія на другий день після операції;

3) пункція або дренування при виявленні плевральних ускладнень;

4) рентгенівський контроль після усунення ускладнення;

5) активізація хворих в ранній термін після операції.

Випадків смерті в цій групі хворих не було.

Місцева езофагопластика була виконана 21 пацієнту, у 4 (19%) зіз них розвинулося 7 ускладнень в ранній післяопераційний період. Ускладнення однаково часто відмічали після резекції грудного відділу стравоходу (2 пацієнти) і шийного відділу (2). Неспроможність анастомозу була у 3 (14,3%) пацієнтів, вона викликала ряд інших порушень, які залежать від локалізації сполучення (шия, груди). Стеноз стравохідно-стравохідного і глотково-стравохідного сполучення завжди розвивається після лікування неспроможності або анастомозиту. Як правило, цей вид доброякісного стенозу добре піддається бужуванню «за нитку», особливо у разі звуження глотково-стравохідних сполучень, коли перешкода знаходиться одразу за ротоглоткою.

При порівняльному аналізі ускладнень у ранній післяопераційний період ми виявили достовірно меншу кількість ускладнень (p<0,05) після місцевої езофагопластики порівняно з іншими видами пластики стравоходу (сегментарна, субтотальна, тотальна). Серед інших видів найменшу кількість ускладнень відмічали при субтотальній езофагопластиці (31,04%) (p<0,05).

Слід зазначити, що високий відсоток ускладнень внутрішньогрудної езофагопластики був зумовлений використанням шлунка, тоді як при пластиці стравоходу товстою кишкою кількість ускладнень становила 35,7%, що трохи відрізняється від показників при субтотальній езофагопластиці (31,04%).

Аналіз ранніх післяопераційних ускладнень свідчить про виправданість застосування місцевої езофагопластики при коротких стенозах на будь-якому рівні і менший відсоток ускладнень при використанні підготовленого товстокишкового трансплантата порівняно з шлунковим.

Пізні ускладнення тотальної і субтотальної езофагопластики (77) розвинулися у 13 (16,9%) пацієнтів. Найбільш частими були рубцеві стриктури верхнього (глотково-кишкового, стравохідно-кишкового) анастомозу, вони відмічені у 7 хворих. Стеноз кишково-шлункового анастомозу (2), стискання стравохідно-кишкового анастомозу рукояткою грудини (2), «сліпий мішок» природного стравоходу (1), стравохідно-шкірний свищ на шиї (1), прогресування онкологічного процесу (1).

Спостереження показали, що рубцевий стеноз глотково-кишкового сполучення розвивався частіше (21,05%), ніж стеноз стравохідно-кишкового анастомозу (5,4%) (р<0,05). При цьому в ранній післяопераційний період неспроможності глотково-кишкового анастомозу у цих пацієнтів не було. Важливим також вважаємо, що зіз 4 стенозів глотково-кишкових сполучень в 3 випадках з’єднання кишки було з ротоглоткою і в 1 — з гортаноглоткою. У 2 із 3 хворих з рубцевим стенозом стравохідно-кишкового анастомозу була виявлена неспроможність цього сполучення в ранній післяопераційний період.

Слід зазначити, що хворі з пізніми рубцевими стенозами глотково-кишкових і стравохідно-кишкових анастомозів були оперовані до 1992 р. У цей період ми не мали можливості використовувати якісний матеріал, який розсмоктується, що призвело до гіршого загоєння анастомозів на шиї, оскільки вони особливо чутливі до шовного матеріалу, який застосовують. Після 1992 р. рубцевих стенозів анастомозів кишки із стравоходом (глоткою) і шлунком ми не виявляли. Цей прогрес пов’язуємо із удосконаленням техніки виконання цих сполучень і використанням як основного шовного матеріалу вікрілу 3–0, 4–0.

Питання про показання до проведення операції у кожному конкретному випадку вирішували індивідуально. Ними були порушення можливості повноцінного харчуванняхарчування, неефективність консервативних методів лікування, зокрема бужування. Вирішальними були не діаметр звуженого анастомозу, а його клінічні прояви. Стриктури стравохідно-кишкового (глотково-кишкового) анастомозу, які проявлялися вираженою дисфагією й утрудненнями при проходженні рідкої їжі в перші 1–2 міс після операції, як правило, неефективно лікувалися, і хворі потребували повторної операції. Пацієнтам із стенозом глотково-кишкового сполучення (4) операції були виконані в період 5–15 міс після езофагопластики. При стриктурах стравохідно-кишкового сполучення (3) повторні втручання проводилися через 4–18 міс після субтотальної езофагопластики. Відновлення просвіту сполучень виконувалося після подовжнього розтину зони стенозу, посічення рубців і поперечного пошарового ушивання дефекту (у 3/4 кола) на товстому зонді. Це дало можливість відновлення задовільної функції штучного стравоходу, що підтвердилося багаторічними спостереженнями після цього лікування. Такий результат дозволив віднести цих пацієнтів до групи із задовільними віддаленими показниками. У результаті хороша функція знову створеного стравоходу у віддалений період досягнута у 44 (57,9%) хворих, задовільна — у 32 (42,1%). Таким чином, всі пацієнти, що перенесли субтотальну і тотальну пластику стравоходу, мали можливість повноцінно харчуватисяхарчуватися per os і відновили трудову активність. Прогресування онкологічного процесу у 1 пацієнта не було пов’язано безпосередньо з езофагопластикою, тому зрештою його некоректно оцінювати як функціональний віддалений результат реконструкції стравоходу.

У 13 (59,1%) з 22 пацієнтів з внутрішньогрудною езофагопластикою був відмічений добрий результат, задовільний — у 9 (40,9%). Слід зазначити, що в групу із задовільними результатами були включені всі 8 хворих після внутрішньогрудної шлункової пластики стравоходу, що було зумовлено проявом рефлюкс-эзофагіту різного ступеня вираженості. У У 3 пацієнтів переважали симптоми синдрому демпінгу, у 4 — відчуття тяжкості за грудиною і в епігастрії після харчування. Ці порушення фізіології верхніх відділів травного тракту усувалися консервативними методами в поєднанні з індивідуально підібраною дієтою. Істотного обмеження працездатності не спостерегалось. Всі хворі з добрим результатом (59,1%) були після внутрішньогрудної товстокишкової езофагопластики (p<0,05). Це дає підставу в важати кращою у фізіологічному плані внутрішньогрудну товстокишкову пластику порівняно з аналогічною шлунковою езофагопластикою|.

Віддалені результати після місцевої езофагопластики відмічали в терміни від 2 до 25 років у всіх (21) пацієнтів. У 14 (66,7%) випадках результати розцінені як хороші. Хворі не пред’являли скарг, не обмежували себе у їжі, яку вживали. Приріст маси тіла становив від 3 до 10 кг. Відновлена колишня працездатність. Задовільні результати відмічені у 7 (33,3%) пацієнтів, оскільки вони указуваливказували на необхідність дотримання дієти, виключення з раціону грубої та щільної їжі. Незадовільних результатів в цій групі хворих не було.

Таким чином, добрі та задовільні віддалені результати отримані у 119 з 120 пацієнтів, які перенесли езофагопластику, 1 пацієнт загинув від прогресування онкологічного процесу через 18 міс після субтотальної гастроезофагопластики, виконаної у зв’язку з малігнізацією| рубцевого стенозу. Залежність віддалених результатів від протяжності езофагопластики наступна: краща функція стравоходу після місцевої реконструкції (оцінка «добре» у 66,7% хворих), 2-ге місце займаєпосідає внутрішньогрудна езофагопластика (добрий результат у 59,1%), трохи їй поступаються субтотальна і тотальна езофагопластика (57,1% хворих не пред’являють жодних скарг) (p<0,05). Цей висновок зайвий раз підтверджує важливість максимального використання тканин власного незміненого стравоходу при езофагопластиці з приводу його рубцевого стенозу. Функція штучного стравоходу тим краща, чим більше частка незміненого природного стравоходу і відповідно коротший (і пряміший) трансплантат.

**ВИСНОВКИ|**

У дисертації приведені теоретичне узагальнення й нові рішення з багатьох напрямів наукової проблеми — лікування рубцевого стенозу стравоходу. На основі ретельної оцінки клінічних, інструментальних, лабораторних і морфологічних даних розроблені нові підходи як в консервативному так і в хірургічному лікуванні хворих з рубцевим стенозом стравоходу. Це дозволило застосувати органозберігаючі методики, значно зменшити кількість специфічних післяопераційних ускладнень і знизити смертність з поліпшенням функціональних результатів.

1. Основним методом лікування незалежно від ступеня та складності післяопікового рубцевого стенозу стравоходу, є мініінвазивний варіант — бужування, методика «за нитку» найбільш успішна і безпечна. Індивідуалізація варіанту бужування (піднаркозне бужування по струні-провіднику, бужування під місцевою анестезією «за нитку» і поєднання цих методик) дозволяє досягти відновлення просвіту стравоходу у 86,7% хворих з короткими стриктурами, у 75,2% — з протяжними і у 65% — з тотальним і субтотальним стенозуванням стравоходу.

2. Значне зниження смертності (6,5 %) при перфорації рубцево-зміненого стравоходу досягається: своєчасною діагностикою; правильним вибором хірургічного доступу; адекватною антибіотикотерапією; динамічним контролем стану стравоходу, середостіння, плевральних порожнин; повноцінним ентеральним харчуваннямхарчуванням, оминувши стравохід.

3. Консервативне лікування при розвитку гнійних ускладнень з боку середостіння внаслідок пошкодженнявнаслідок ушкодження стравоходу ефективне лише при короткому помилковому ході в клітковині середостіння, невеликих розмірах перфорації та відсутності гнійного розплавлення клітковини середостіння.

4. Варіант хірургічного лікування свища стравоходу залежить від його стану: місцева езофагопластика показана при коротких стенозах, коли одночасно усувається свищ і відновлюється стравохід і у разі протяжних стенозів, за умови збереження їх просвіту в зоні стенозу на рівні 0,5–0,7см, тоді після усунення свища бужування стравоходу дозволяє відновити його функцію.

5. Свищ стравоходу в поєднанні з його ригідною протяжною субтотальною або тотальною рубцевою стриктурою вимагає відповідної за протяжністю колоезофагопластики з виключенням (або резекцією) ураженого сегменту стравоходу.

6. При післяопіковому рубцевому субкомпенсованому або декомпенсованому стенозі вихідного відділу шлунка виконується сегментарна резекція ураженої ділянки шлунка в поєднанні з гастростомією і підготовкою товстокишкового трансплантата для подальшого відновлення стравоходу.

7. Поєднана післяопікова рубцева деформація гортані і глотки вимагає на першому етапі накладення гастростоми з метою повноцінного харчуванняхарчування, ревізії шлунка (при непрохідності глотки) і підготовки сегменту ободової кишки для можливої колофарингоезофагопластики.

8. При поєднаному стенозі глотки і сегменту грудного відділу стравоходу ефективним варіантом є новий підхід: місцева пластика глотки, а після відновлення її функції — бужування стенозу грудного відділу стравоходу за методикою «за нитку».

9. При рубцевій стриктурі подвійної локалізації (глотково-стравохідний перехід, грудний відділ стравоходу) і неефективності бужування застосуємо новий варіант лікування: цервікотомія, посічення рубцевого стенозу глотково-стравохідного переходу, анастомоз в 3/4; після періоду, необхідного для тренування судин товстокишкового трансплантата виконується загрудинна (внутрішньогрудна) одномоментна ізоперистальтична товстокишкова езофагопластика з анастомозом «кінець в бік» вище за дистальний стеноз.

10. З метою профілактики «сліпого мішка» власного стравоходу доцільно доповнювати загрудинну колоезофагопластику поздовжньо-поперечною стернотомією, посіченням надлишку стравоходу і формуванням стравохідно-кишкового анастомозу «кінець в кінець».

11. Застосування місцевої езофагопластики (у новій модифікації) при короткій стриктурі на будь-якому рівні стравоходу дозволяє зберегти власний стравохід і виключити ризик протяжної езофагопластики.

12. Індивідуалізація лікувальної тактики в передопераційний період в поєднанні з удосконаленням етапів реконструкції стравоходу і застосуванням нових методик езофагопластики дозволяють виключити некроз трансплантата, зменшити кількість неспроможності шийного анастомозу (3,84%) і смертність (0,83%).

13. Застосування нових і удосконалених реконструктивних втручань при рубцевому стенозі стравоходу дозволило отримати добрі і задовільні віддалені результати у 98,3% пацієнтів, що перенесли езофагопластику. Функція штучного стравоходу тим краща, чим більша частка включеного в реконструкцію незміненого власного стравоходу і відповідно коротший (і пряміший) трансплантат.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Багиров М.М., Верещако Р.И. Варианты соустья трансплантата с глоткой или пищеводом при выполнении субтотальной, тотальной эзофагопластике // Клиническая хирургия. — 2008. — № 7. — С. 5–11.
2. Багиров М.М., Верещако Р.И. Лечение последствий сочетанных ожогов пищевода, глотки и гортани // Хирургия Украины. — 2008. — № 3 (27). — С. 49–53.
3. Багиров М.М., Верещако Р.И. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода // Клиническая хирургия. — 2008. — № 8. – С. 11-15.
4. Багиров М.М., Макаров А.В., Верещако Р.И., Гетьман В.Г. Лечение послеожогового рубцового стеноза пищевода // Клінічна хірургія. — 2002. — № 5–6. — С. 5–6. (дисертант виконав аналіз клінічного матеріалу, провів обгрунтування застосування різних варіантів хірургічного втручання в лікуванні рубцевого стенозу стравоходу).
5. Багиров М.М., Макаров А.В., Верещако Р.И., Сейковский О.В., Соколов В.В. Хирургия неопухолевого стеноза пищевода // Пластична та реконструктивна хірургія. — 2007. — (VIII), № 2. — С. 51–53. (дисертант проаналізував найбільш ефективні способи косервативного та хірургічного лікування стенозу стравоходу, зібрав віддалені результати і довів ефективність розроблених нових методик).
6. Багіров М.М., Верещако Р.І. Органозберігаюче лікування при рубцевому стенозі стравоходу подвійної локалізації // Український медичний часопис. — 2008. — № 2. — С. 128–131.
7. Багіров М.М., Макаров А.В., Верещако Р.І. Рубцевий стеноз стравоходу, ускладнений норицею // Клінічна хірургія. — 2007. — № 2–3. — С. 41–42.
8. Багіров М.М., Макаров А.В., Верещако Р.І., Сейковський О.В. Особливості діагностики і лікування рубцевих стриктур стравоходу // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2.1. — С. 78–80. (дисертант ретельно вивчив різни методи діагностики рубцевого стенозу стравоходу та оцінив їх можливість при складних рубцевих стенозах стравоходу).
9. Багіров М.М., Сейковський О.В., Верещако Р.І. Реконструктивно-пластична хірургія ускладненого поєднаного стенозу трахеї та стравоходу // Клінічна хірургія. — 2007. — № 2–3. — С. 42.
10. Багіров М.М., Сейковський О.В., Верещако Р.І. Трахеостравохідна хірургія при рубцевих стенозах та травматичних пошкодженнях // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2.1. — С. 75–77.
11. Верещако Р.И. Внутригрудная эзофагопластика при рубцовом стенозе пищевода // Український медичний часопис. — 2008. — № 3 (65). — С. 106–110.
12. Верещако Р.И. Лечение озлокачествленного рубцового стеноза пищевода // Онкология. — 2008. — Т. 10, № 1. – — С. 91–93.
13. Верещако Р.И. Лечение последствий сочетанных ожогов пищевода и желудка // Український медичний часопис. — 2007. — № 4 (60). — С. 105–110.
14. Верещако Р.И. Повреждения рубцово-суженного пищевода, тактика лечения // Пластична та реконструктивна хірургія. — 2007. — (VII), № 1. — С. 40–50.
15. Верещако Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения // Український медичний часопис. — 2008. — № 4 (66). — С. 121–125.
16. Верещако Р.И. Экономная резекция пищевода при рубцовом стенозе // Пластична та реконструктивна хірургія. — 2007. — (VIII), № 2. — С. 47–51.
17. Верещако Р.І. Лікування гнійних ускладнень опіку й рубцевого стенозу стравоходу // Шпитальна хірургія. — 2007. — № 2. — С. 76–80.
18. Верещако Р.І. Пізнє бужування в лікуванні рубцевого стенозу стравоходу // Український медичний часопис. — 2007. — № 6. — С. 89–94.
19. Макаров А.В., Багиров М.М., Верещако Р.И. Хирургия последствий ожога пищевода // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 172–173.
20. Макаров А.В., Багіров М.М., Гетьман В.Г., Соколов В.В., Верещако Р.І. Лікування ушкодження стравоходу // Клінічна хірургія. — 2002. — № 5–6. — С. 15. (дисертант вивчив головні прояви пошкодження рубцево-зміненного стравоходу та пропонував хірургічні доступи залежно від рівня пошкодження).
21. Верещако Р.И. Консервативное лечение рубцового стеноза пищевода в поздние сроки // Збірник наукових праць співробітників КМАПО імені П.Л. Шупика. — 2001. —Випуск 10, книга 4. — С. 1066–1071.
22. Патент 61842А Україна, МПК 7 А61В17/00. Спосіб пластики стравоходу при рубцевому стенозі / М.М. Багіров, Р.І Верещако (Україна). Заявлено 18.07.2003; опубл. 17.11.2003, бюл. № 11. 2 с.
23. Патент 61843А Україна, МПК 7 А61В17/00. Спосіб субтотальної товстокишкової езофагопластики / М.М. Багіров, Р.І Верещако (Україна). Заявлено 18.07.2003; опубл. 17.11.2003, бюл. № 11. 3 с.
24. Патент 61844А Україна, МПК 7 А61В17/00. Спосіб сегментарної пластики стравоходу / М.М. Багіров, Р.І Верещако (Україна). Заявлено 18.07.2003; опубл. 17.11.2003, бюл. № 11. 2 с.
25. Патент 9531 Україна, МПК 7 А61В17/00. Процес лікування рубцевого стенозу глотково-стравохідного переходу та стенозу стравоходу середньогрудної локалізації / М.М. Багіров, Р.І. Верещако (Україна). Заявлено 04.11.2004; опубл. 17.10.2005, бюл. № 10. 2 с.
26. Багиров М.М., Верещако Р.И., Сейковский О.В. Проблемы лечения заболеваний и повреждений шейного отдела пищевода и глотки // Матеріали XXI з’їзду хірургів України (5–7 жовтня 2005 р.). — Запоріжжя. — 2005. — Т. 1. — С. 6–8.
27. Верещако Р.И. Ожог пищевода. Осложнения, варианты лечения // Матеріали XXI з’’їзду хірургів України (5–7 жовтня 2005 р.). — Запоріжжя. — 2005. — Т. 2. — С. 14–16.
28. Багиров М.М., Макаров А.В., Верещако Р.И. Сегментарная резекция пищевода // Материалы первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии. К 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского (5–6 июня 2008 г.,). — Москва, Россия.
29. Верещако Р.І. Діагностика і лікування рубцевого стенозу стравоходу // Матеріали V українсько-польської науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю торакохірургії. — Львів-Вроцлав. — 2006. — С. 187–188.
30. Макаров А.В., Багиров М.М., Верещако Р.И. Лечение рубцового стеноза пищевода (результаты) // Al. IXth Congres al Asociatiei Chirurglor «N. Anestiadi» I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. Chisinau. — 2003. — Р. 97
31. Bagirov M.M., Makarov A.V., Vereschako R.I., Sokolov V.V. Management of chronic sequelae of corrosive esophageal burns // The 6-th International Conference of The Arab Thoracic Association, Damascus — Syria. — 2002. — Р. 39. (дисертант визначив терміни ефективності консервативного лікування рубцевого стенозу стравоходу та вказав строки переходу до хірургічного втручання в разі неефективності попереднього лікування).
32. Bagirov M.M., Makarov A.V., Vereschako R.I., Sokolov V.V. Treatment of benign stenosis of the esophagus // 16-th annual meetingof the European association for cardio-thoracic surgery, Monaco. — 2002. — Р. 332. (дисертант визначив причини доброякісних стенозів стравоходу і в залежності від їх протяжності та складності згрупував найбільш ефективні методи лікування).
33. Bagirov M.M., Vereschako R.I. Cicatrical stenosis of esophagus: strategy of treatment // Abstracts. The 60-th annual meeting of the Japanese association for thoracic surgery, Sendai. — 2007. — Р. 254.

**АНОТАЦІЯ**

Верещако Р.І. Лікування рубцевого стенозу стравоходу. — Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 — хірургія. — Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2008.

Дисертація присвячена питанням вдосконалення консервативного і хірургічного лікування рубцевого стенозу стравоходу. Проліковано 292 хворих, серед яких у 62 було виявлено поєднання стенозу стравоходу і шлунка, у 14 — гортаноглотки і стравоходу, у 40 — перфорація (стравоходу — 39, шлунка — 1), 23 пацієнти були госпіталізовані зіз свищами стравоходу, 3 — з малігнізацією рубцевого стенозу стравоходу.

Консервативне лікування рубцевого стенозу стравоходу за вдосконаленою методикою дало позитивний результат у 156 (77,6%) з 201 пацієнта. При коротких стенозах бужування було ефективним у 86,6% хворих, протяжних — у 75,2%, тотальних і субтотальних — у 65%.

Різні відновні операції на стравоході з використанням нових варіантів реконструкції проведені 121 (41,4%) пацієнту. Нові варіанти эзофагопластики мали на меті максимальне збереження незміненого стравоходу і хорошу функцію реконструйованого сегменту. Післяопераційна смертність становила 0,83%.

Ключові слова: рубцевий стеноз стравоходу, поєднаний опік, перфорація, свищ, бужування, эзофагопластика.

**АННОТАЦИЯ**

Верещако Р.И. Лечение рубцового стеноза пищевода. — Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.03 — хирургия. — Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев, 2008.

Диссертация посвящена вопросам диагностики и лечения рубцового стеноза пищевода и его осложнений. В работе обобщен опыт консервативного и хирургического лечения 292 больных, среди которых у 62 было выявлен сочетанный послеожоговый рубцовый стеноз пищевода и желудка, у 14 — гортаноглотки и пищевода, у 40 пациентов — перфорация (пищевода — 39, желудка — 1), 23 — были госпитализированы со свищом пищевода, 3 — с малигнизацией в зоне рубцового стеноза.

Консервативное лечение рубцового стеноза пищевода по усовершенствованной методике дало положительный результат у 156 (77,6%) из 201 пациента. При коротких стенозах бужирование было эффективным у 86,6% больных, протяженных — у 75,2%, тотальных и субтотальных — у 65%. В 27 случаях наступил рецидив дисфагии в отдаленный период, проведенные повторные курсы бужирования дали хороший эффект. У 38 (18,9%) больных с особо сложными стриктурами применено сочетание поднаркозного бужирования под контролем жесткого эзофагоскопа и методики «за нить», поскольку только последняя обеспечивала достаточную безопасность и эффективность расширения таких стриктур. Комбинированное бужирование в сочетании со взвешенным соблюдением показаний к такому варианту лечения позволило при большом количестве протяженных, субтотальных и тотальных стриктур (70,1%) у 104 (73,8%) получить положительный результат.

Значительное снижение смертности (6,5 %) при перфорации рубцово-измененного пищевода достигалось своевременной диагностикой, правильным выбором хирургического доступа, адекватной антибиотикотерапией, динамическим контролем состояния пищевода, средостения, плевральных полостей в сочетании с полноценным энтеральным питанием минуя пищевод.

Пролечено 23 (7,87%) пациента со свищами пищевода. В самой большой группе диагностированы свищи нижнегрудного отдела пищевода — (56,6%), наименьшей — локализация в шейном (8,7%), верхнегрудном (13%), среднегрудном (27,7%) отделах. По частоте преобладали пищеводно-медиастинальные — 9 (39,1%) и пищеводно-плевральные свищи 6 (26,1%), более редко отмечали пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные — по 2 (8,7%), пищеводно-легочные — 3 (13,05%), стойкий пищеводно-кожный свищ на шее был у 1 (4,35%) пациента. 2 (8,7%) пациента со свищом пищевода излечены консервативно, у 5 (21,65%) применена местная эзофагопластика, позволившая устранить свищ и восстановить функцию естественного пищевода, 16 (69,65%) пациентов перенесли шунтирующую (11) и резекционную (5) эзофагопластику, из которых тотальная была в 4 случаях, субтотальная — 10, сегментарная — 2. Доказана возможность эффективного бужирования рубцового стеноза пищевода после излечения свища.

У 121 (41,4%) пациента для ликвидации рубцового стеноза пищевода потребовалось выполнение эзофагопластики в различных вариантах. Мужчин было 85, женщин — 36. Возрастной диапозон — 16–72 лет, большинство 104 (86%) составили люди активного трудоспособного возраста (до 55 лет).

Основным фактором, влияющим на выбор варианта операции, является характер патологического процесса, его распространенность и локализация. При эзофагопластике максимально сохранялся неизмененный, функционально полноценный пищевод. Поэтому при поражении пищевода в нижней его трети, примерно до середины грудного отдела, отдавали предпочтение внутригрудным эзофагопластикам (22 больных). В случаях тотального поражения пищевода или при рубцах в верхней трети пищевода (грудного отдела) и шейного отдела производили загрудинную изоперистальтическую эзофагопластику толстой кишкой. Субтотальных и тотальных эзофагопластик выполнено 78, из них тотальных — 20. Гастроэзофагопластик было 2 (1 — загрудинная, 1 — заднемедиастинальная). После экстирпации пищевода (7) в 5 случаях искусственный пищевод был создан из толстой кишки, в 2 — из желудка.

Местная эзофагопластика применена у 21 пациента. Данный вид реконструкции использовали при локальном рубцовом стенозе протяженностью 2,5–3 см. В 11 случаях причиной было сужение глоточно-пищеводного перехода и формировался пищеводно-глоточный анастомоза, в 8 — выполнялся пищеводно-пищеводный анастомоз на разных уровнях и в 2 — накладывали пищеводно-желудочный анастомоз, при стенозах наддиафрагмального отдела пищевода.

Благодаря разработанным и внедренным в клинике подходам при выполнении субтотальной и тотальной эзофагопластики удалось значительно сократить количество несостоятельности шейного анастомоза (3,84%).

Таких осложнений, как несостоятельность абдоминального анастомоза, частичный и полный некроз трансплантата, травма возвратного гортанного нерва не было. Смертность составила 0,83% на 121 пластику пищевода.

Усовершенствование этапов реконструкции пищевода в сочетании с применением новых методик эзофагопластики позволили получить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты у 98,3% пациентов. Функция искусственного пищевода тем лучше, чем больше доля включенного в реконструкцию неизмененного собственного пищевода и, соответственно, короче (и прямее) трансплантат.

Ключевые слова: рубцовый стеноз пищевода, сочетанный ожог, перфорация, свищ, бужирование, эзофагопластика|.

**SUMMARY**

Vereshchako R.I. Treatment of cicatrical stenosis of esophagus. - Manuscript.

Dissertation|thesis| for|gaining| scientific degree of doctor of medical sciences on specialty 14.01.03 - Surgery. - National Medical Academy of Postgraduate| Education after P.L.Shupic of Ministry of Health of Ukraine, Kiev, 2008.

Dissertation|thesis| is devoted to the questions of perfection of conservative and surgical treatment of cicatrical stenosis of esophagus. 292| patients have been treated among which|what| in 62 it was found|exposed,shown,displayed| out combination of stenosis of esophagus and stomach, in 14 — hypopharynx and esophagus, in 40 is perforation (esophagus — 39, stomach — 1), 23 patients were hospitalized by fistula| | of esophagus, 3 — with malignant esophageal bening stricture.

Conservative treatment of cicatrical stenosis of esophagus after the improved method gave a positive|staid| result in 156 (77,6%) from a 201 patient. At short stenosises of bouginage| it was effective in 86,6% the patients, prolonged — in 75,2%, total and subtotal stenosis — in 65%.

Different|diverse| restorations operations on a gullet with the use of new variants of reconstruction are conducted to a 121 (41,4%) patient. New variants esophagoplasty had for an object the maximal maintainance|safety| of the unchanged esophagus and good function of the reconstructed segment. A postoperation| death rate was 0,83%.

Keywords: cicatrical stenosis of esophagus, combined post-burn stenosis, perforation, fistula|, bouginage|,|combined| esophagoplasty.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>