

3. Романов В.В, Котюков Ю.М, Панченко В.Г, Радун Ф.Л Антонюк Э.В. Диспансеризация диких видов птиц Окского Биосферного заповедника 1998-2003 год. Материалы Международной 9 Московской ветеринарной конференции, 2004г.

КРИТЕРИЙ РАННЕЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Рябков И.А., Томнюк Н.Д., Кембель В.Р., Жиго П.Т.
*Городская клиническая больница №6
им.Н.С.Карповича,
Красноярск*

Восстановительная хирургия пищевода - желудочного тракта при их стриктурах любого генеза относится к самым сложным вмешательствам в абдоминальной хирургии. Это связано с тем, что хирург работает в трех анатомических областях: шея, средостение и брюшная полость - шоковых и жизненно опасных зонах, патоморфологически измененных тканях. Сочетание этих изменений наиболее выражены при стриктурах пищевода на протяжении и желудка выходного отдела после химических ожогов. Глубина поражения этих органов зависит от концентрации и экспозиции повреждающего агента.

По нашим наблюдениям, а также литературным данным, стенозирование выходного отдела желудка наступает значительно раньше, чем пищевода. Это связано прежде всего с рефлексорным спазмом привратника, по длительности нахождения поражающего агента, и как следствие - более глубокое поражение стенок желудка. Если при рубцовом сужении пищевода можно иногда ограничиться неоднократным бужированием при поражении привратника только оперативным вмешательством.

Перед нами была поставлена задача определить критерий ранней и одномоментной операции на пищеводе и желудке при сочетанном их рубцовом сужении.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных после отравления концентрированной уксусной кислотой, мужчин было 9, женщин 18 в возрасте от 16 до 48 лет. Сроки получения ожогов колебались от одного месяца до одного года. У 22 (81,5%) из них имело место сочетанное поражение пищевода и желудка разной глубиной и протяженности. Благопри-

ятный исход от консервативной в течение начатой терапии достигнут у 16 больных, остальные оперированы.

В 5 случаях произведена резекция желудка, в 3 случаях из-за тяжести состояния гастроэнтероанастомоз : у 2 больных со стенозом пищевода на протяжении 10-15 см., произведена пластика желудочной трубкой, а одно у больного имело место сужение желудка и пищевода на протяжении, произведена пластика пищевода толстой кишкой с наложением гастроэнтероанастомоза.

После отравления соляной кислотой наблюдалось трое мужчин, все они оперированы. Сочетанное повреждение желудка и пищевода было у двух: где произведена толстокишечная пластика и наложен гастроэнтероанастомоз. У третьего повреждение только пищевода- пластика желудочной трубкой.

Благоприятный результат эзофагопластики прежде всего зависит от исполнения самой операции, а также от срока поражения органов.

На основании нашего небольшого опыта мы пришли к заключению, что оптимальным временем проведения операции является примерно 3 месяца с момента ожога. Однако объемом оперативного вмешательства должен определяться момент прекращения пассажа пищи из желудка. И этот срок является критерием в развитии декомпенсации всех жизненно-важных функций организма. Дальнейшее затягивание в оперативном пособии приводит к многоэтапным хирургическим вмешательствам и значительно снижает качество жизни больного. Показанием к эзофагопластике устанавливается рентгенологически - стеноз пищевода протяженностью более чем 10 см., а также эндоскопически - когда при обследовании зоны повреждения пищевода возникают кровотечения, что говорит о продолжающемся рубцовом перерождении стенки пищевода на данном участке, бужирование мало эффективно и опасно.

Кроме того необходимо отметить, что в течение первых трех месяцев после ожога еще нет вокруг пищевода сформированных перифокальных изменений грубого характера (спаечного процесса, фиброзной ткани), что облегчает работу хирурга.

Таким образом произведенная эзофагопластика в ранние сроки позволяет избежать тяжелые интра и постоперационные осложнения и в ранние сроки восстанавливать проходимость пищевода - желудочного тракта.