

УДК 616.007.271.329 – 33 - 089

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ  
РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

Н. Р. Рахметов

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****Өңеш пен асқазанның күйіктен кейінгі тыртықты тарылуы хирургиялық емі**

Авторлар өңеш пен асқазанның күйіктен кейінгі тыртықты тарылуында қолданылатын энтералдық тамақтануға және өңешті ретроградтық бұждауға мүмкіндік беретін операция тәсілін ұсынады. Аталмыш тәсілде асқазанның алдыңғы қабырғасымен Ру бойынша өңделген ащы ішек ілмегі арасында екі тоқ ішекалды гастроэнтероанастомоз салынып, олардың арасына Шалимов бойынша тосқауыл жасалады, ал ішектің проксималды ұшы энтеростома ретінде қолданылады. Тәсілді қолданғанда асқазанның күрделі мобилизациясы, асқазанға салынған тігістердің кернеулігі айтарлықтай азайып, анатамоз салуға қолайлы жағдай туындайды. Аталмыш тәсіл 16 науқасқа нитәжелі қолданған.

**Summary****Surgical treatment of after-burn cicatricial strictures of an esophagus and stomach**

The authors design a method of enteral nutrition and possibility of retrograde bougieunage of an esophagus of the patients with violation of passage of esophagus and antral department of a stomach. The given method includes shaping of two antecolic gastroenteroanastomoses and blank flange between them on a front wall of a stomach on isolated on Ru-loop and enterostomy on proximal end of this loop. The method allows to avoid traumatic moments of mobilization of a stomach, tension of sutures of wall of a stomach, easies technique of shaping of a gastrointestinal anastomosis. In total operated 16 patients with ABSSES with good nearest and long-term results.

Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода и желудка (ПОРСПЖ) являются одной из сложных хирургических патологии [1 – 3]. Нарушение проходимости пищевода и эвакуации желудочного содержимого быстро приводит к истощению больного, а соответственно затрудняет полноценную подготовку к хирургическому лечению и проведению своевременной диагностики. Для восстановления питания требуется формирование гастростомы, а также формирование гастроэнтероанастомоза с целью обеспечения эвакуации содержимого желудка [2 – 4].

В клинике госпитальной хирургии Государственного медицинского университета г. Семей разработан и успешно выполняется способ обеспечения энтерального питания и возможности ретроградного бужирования пищевода больных с ПОРСЖ. Данный способ включает формирование двух переднебодочных гастроэнтероанастомозов и заглушки между ними на передней стенке желудка на изолированной по Ру петле и энтеростома на проксимальном конце этой петли. Способ позволяет избежать травматичные моменты мобилизации желудка, натяжения швов стенки желудка, облегчает технику формирования желудочно-кишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: на малоизмененный участок передней стенки желудка, ближе к большой кривизне формируют впередибодочный гастроэнтероанастомоз в 20 см от проксимального конца изолированной по Ру петли тощей кишки, в 3 см от анастомоза проксимальнее по кишке накладывается заглушка по Шалимову на кишку, далее, отступя на 3 см проксимальнее по кишке формируется второй гастроэнтероанастомоз. В конец изолированной петли тощей кишки вводится резиновая трубка и продвигается в полость желудка через гастроэнтероанастомоз. На проксимальном конце тощей кишки двумя кисетными швами формируется манжетка на трубке, путем погружения стенки кишки внутрь; последняя подшивается к отверстию передней брюшной стенки, образуя энтеростому в левом подреберье.

*Пример:* Больной К. – 41 год поступил в хирургическое отделение клиники в феврале 2000 года с диагнозом «Ожоговая протяженная стриктура пищевода III ст., декомпенсированный ожоговый стеноз желудка». Ожог

получил в ноябре 1999 г., по ошибке выпил аккумуляторный электролит. Лечился в ЦРБ в течении 3 недель, затем амбулаторно. Месяц назад появилась дисфагия на твердую пищу, тяжесть после еды, чувство распирания, затем рвота. Потерял в весе до 10 кг. На рентгенограмме пищевода – контраст задерживается в средней трети пищевода – где определяется резкое сужение его и престенотическое расширение. Суженный участок до 10 см. Узкой полоской контраст поступает в желудок. Желудок резко деформирован, сморщен, уменьшен в размерах. Антральный отдел сужен до 2 см длиной, далее эвакуации не наблюдается. Перистальтика желудка вялая, по малой кривизне не наблюдается. Желудок наполнен жидкостью (соком).

Выставлен диагноз: Протяженная ожоговая стриктура пищевода, пилороантральный декомпенсированный стеноз желудка.

После подготовки больного в течении 24 ч. – больному выполнена операция. На операции обнаружено субтотальное поражение желудка с резкой его деформацией по малой кривизне, антрального и пилорического отдела, части тела желудка с полным отсутствием эвакуации. Подвижность желудка ограничена, за счет поражения и сморщивания ткани вокруг желудка.

Интраоперационно через гастротомическое отверстие проведен проводник в желудок и через пищевод, проведено ретроградное бужирование бужами № 20-34 с оставлением страховочной нити-лески. Сформированы два впередибодочных гастроэнтероанастомоза с заглушкой между ними на изолированной петле по Ру с передней стенкой желудка, а на проксимальном конце петли сформирована энтеростома, через которую в желудок введена трубка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной лечился в течении 2,5 лет. В течении первого года получил 4 сеанса бужирования под наркозом, в течении 1,5 последующих лет амбулаторно получал поддерживающее бужирование 1 раз в месяц (15 сеансов). В январе 2004 года – энтеростома закрыта оперативным способом.

Больной проводит поддерживающее бужирование 1 раз в 1,5-2 месяца бужами № 32-36. Занимается сельским хозяйством, жалоб нет. Вес восстановился.

Предложенный способ применен у 16 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Данный метод может быть методом выбора лечения больных с ПОРСПЖ.

#### Литература:

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Бужирование пищевода при рубцовых стриктурах // Хирургия. – 1998. - № 10. – С. 25 - 29.
2. Павлюк А.Д., Бабляк Д.Е., Дубчук В.М. Сочетанные ожоговые поражения пищевода и желудка // Груд-

ная и сердечно - сосудистая хирургия. – 1994. – № 2. – С. 50 - 53.

3. Мирошников Б.М., Федотов П.Е., Павелец К.В. Лечение сочетанных ожоговых поражений пищевода и желудка // Вестник хирургии. – 1995. – Т. 154:1. – С. 20 - 23.

4. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. – 2001. - № 5. – С. 19 - 23.

УДК 616-097-089.168.1

## ИММУННЫЙ СТАТУС У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Х. Ф. Якупова

Государственный медицинский университет города Семей

#### Резюме

Применение методики ранней нутриционной поддержки у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте, позволило: снизить частоту послеоперационных осложнений.

Раннее энтеральное зондовое питание смесью «Унипит», сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета.

#### Тұжырым

Ішек жолдарына операция жасалған онкологиялық науқастарда нутрициялық қорғау әдісін қолдану операциядан кейінгі асқынуларды төмендетуге әкелді.

Ерте энтеральды зондпен «Унипит» қоспасымен қоректендіру иммунитеттің тіндік звеносының жоғарлауымен көрінеді.

#### Summary

Early nutritive support in oncology patients undergone to surgery of gastro-intestinal tract allowed to decrease amount of Complications after surgery.

Early enteral nutrition with solution "Unipit" via nasogastric tube promoted increase of cellular chain of immunity.

Лечение послеоперационных осложнений у онкологических больных, оперированных на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) остается одной из ведущих проблем современной онкологии. Актуальность ее обусловлена высоким уровнем заболеваемости, расширением обширности оперативных вмешательств на органах ЖКТ, увеличением тяжелых послеоперационных осложнений, при которых прогноз и лечение значительно хуже [1].

Послеоперационные осложнения возникают на фоне иммунологической недостаточности, нарушения питания и раковой интоксикации [2].

Под влиянием экстремальных факторов (обширные хирургические вмешательства, гипоксия, интоксикация и др.) развивается комплекс неспецифических и специфических реакций у больных в послеоперационном периоде находящихся в палатах отделения интенсивной терапии (ОИТ).

К неспецифическим реакциям на стресс, относят изменения со стороны иммунной системы, проявляющиеся ее депрессией, как известно на этом фоне, чаще развиваются гнойно-воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде [2,3,5].

Интерес к энтеральному зондовому питанию (ЭЗП) больных после операции связано с представлениями о кишечнике как метаболическом, эндокринном, иммунном органе, барьере перед микробной инвазией, органе, обеспечивающем постоянство внутренней среды организма. Соответственно поражение органов желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) различной этиологии сопровождается изменением состояния иммунной системы [4], поэтому восстановление их функций приводит к нормализации иммунного ответа. Исходя из этого, раннее начало ЭЗП может способствовать восстановлению иммунного статуса и снижению числа послеоперационных осложнений [6].

#### Цель исследования:

Изучение влияния нутритивной поддержки на иммунную систему в раннем послеоперационном периоде у больных, со злокачественными новообразованиями ЖКТ, подвергнутых радикальному оперативному вмешательству.

#### Материалы и методы исследования:

Проведен анализ послеоперационного раннего зондового питания 50 больным, из них раком желудка - 38, раком пищевода - 7, раком поджелудочной железы - 3, язвенной болезнью - 2, (33 мужчин, 17 женщин), средний возраст которых составил  $35-65 \pm 5,5$  лет. Контрольную группу составили 39 человек. Больным контрольной группы первые 3-4 сутки ЭЗП не проводилось, в этот период их нутриционная поддержка осуществлялась полным парентеральным питанием (ППП).

С первых же часов после операционного периода одновременно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии через назогастроинтестинальный зонд осуществлялась декомпрессия полых органов и лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью. Как правило, уже через 6-8 часов после проведе-