

мальной компенсации проявлений будут способствовать профилактике развития вторичных осложнений и улучшению качества жизни людей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Елисеев, В.Г.* Внутренние болезни / В.Г. Елисеев. — М., 1999.
2. Клиническая диагностика заболеваний сердца. Кардиолог у постели больного. — М.: Константа, 2004.
3. *Мазур, Н.А.* Очерки клинической кардиологии / Н.А. Мазур. — М.: МИА, 1999. — 255 с.
4. *Мартынов, А.И.* Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема (обзор) / А.И. Мартынов, А.В. Смулевич, О.Б. Степура [и др.] // Терапевтический архив. — 2000. — № 10. — С.27—30.
5. *Мартынов, А.И.* Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабированием митрального клапана / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, А.Б. Шехтер [и др.] // Терапевтический архив. — 2000. — № 9. — С.67—70.
6. *Мареев, В.Ю.* Недостаточность митрального клапана в практике терапевта / В.Ю. Мареев, М.О. Даниелян // Русский медицинский журнал. — 1999. — № 15. — С.706—722.
7. *Сумароков, А.В.* Клиническая кардиология: руководство для врачей / А.В. Сумароков, В.С. Моисеев. — М.: Универсум публишинг, 1996.
8. *Чигинева, В.В.* Сравнительная оценка эффективности медикаментозных средств и влияние двухкамерной электрокардиостимуляции на клинко-гемодинамические показатели у больных гипертрофической кардиомиопатией: автореф. дис. ... канд. мед наук / В.В. Чигинева. — М.: Медицина, 2001.
9. *Brugada, J.* Right bundle-branch block and ST-segment elevation in leads V1 through V3: a marker for sudden death in patients without demonstrable structural heart disease / J. Brugada, R. Brugada, P. Brugada // Circulation. — 1998. — Vol. 97. — P.457—60.
10. *Dorostkar, P.C.* Long-term follow-up of patients with long-QT syndrome treated with beta-blockers and continuous pacing / P.C. Dorostkar, M. Eldar, B. Bellhassen, M.M. Scheinman // Circulation. — 1999. — Vol. 100. — P.2431—2436.
11. *Goudevenos, J.A.* Ventricular pre-excitation in the general population: a study on the mode of presentation and clinical course / J.A. Goudevenos, C.S. Katsouras, G. Graekas [et al.] // Heart. — 2000. — Vol. 83. — P.29—34.
12. *Elliott, P.M.* Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy: identification of high risk patients / P.M. Elliott, J. Poloniecki, S. Dickie [at al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2000. — Vol. 36. — P.2212—2218.
13. *Schwartz, P.J.* The long QT Syndrome. Cardiac Electrophysiology. From Cell to Bedside / P.J. Schwartz, S.G. Priori, C. Napolitano. — Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2000. — P.597—615.

© Ю.В.Чикинев, Е.А.Дробязгин, И.В.Беркасова, А.В.Кутепов, 2009

УДК 616.329-089.844+616.2.329-77

## ОТДАЛЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ

**Юрий Владимирович Чикинев<sup>1,2</sup>, Евгений Александрович Дробязгин<sup>1,2</sup>, Инесса Викторовна Беркасова<sup>1,2</sup>, Антон Вадимович Кутепов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

<sup>2</sup> ОГУЗ «Новосибирская областная клиническая больница», отделение торакальной хирургии

**Реферат.** Приводится анализ результатов экстирпации пищевода с пластикой желудочной трубкой по поводу доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода. В клиническом статусе пациентов, перенесших эзофагопластику, отмечено развитие астенического (47,6%) и демпинг-синдрома (17,5%), дискинезии трансплантата (11,11%) и нарушение проходимости эзофагоанастомоза искусственного пищевода (36,5%). По данным рентгенологического исследования, после пластики пищевода желудочной трубкой чаще всего отмечалось развитие стеноза эзофагогастроанастомоза (34,9%). При эндоскопическом исследовании в желудочной трубке зарегистрирован рефлюкс желчи (31,7%) и признаки атрофии слизистой (15,87%) трансплантата.

**Ключевые слова:** искусственный пищевод, пластика пищевода, болезни искусственного пищевода.

## REMOTE FUNCTIONAL RESULTS OF ESOPHAGOGASTROPLASTY

**Yu. V. Chikinev<sup>1,2</sup>, E. A. Drobyazgin<sup>1,2</sup>, I. V. Berkasova<sup>1,2</sup>, A. V. Koutepov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Novosibirsk State Medical University, Department of Hospital Surgery

<sup>2</sup> Novosibirsk Regional Clinical Hospital, Department of Thoracic of Surgery

**Abstract.** It is given an analysis of results of extirpation of esophagus with the plasty by gastric tube concerning benign stenosing diseases of esophagus. In clinical status of patients after esophagoplasty, it is marked the development of asthenic (47,6%) and dumping-syndrome (17,5%), transplantat dyskinesia (11,11%) and disturbance of patency of esophagoanastomosis of artificial esophagus (36,5%). According to data on rocntgenologic reserch after esophagoplasty by gastric tube it is often marked the development of stenosis of esophagogastro anastomosis (34,9%). In endoscopic research reflux of bile (31,7%) and signs of atrophy of mucous of transplant (15,87%) was registered in a gastric tube.

**Key words:** artificial esophagus, esophagoplasty, diseases of artificial esophagus.

**Введение.** В современной хирургии пищевода при доброкачественных и злокачественных заболеваниях все чаще выполняется экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Эта методика, по мнению большинства авторов, по-

зволяет сократить время выполнения оперативного вмешательства и улучшить качество жизни пациентов [1, 4, 7, 10, 12—14, 18—20, 26, 28]. Из всех существующих вариантов эзофагопластики все чаще используется эзофагогастропластика изоперистальтическим желудоч-

ным стеблем [2, 3, 7—9, 11—16, 20, 23, 24]. Непосредственные результаты пластики пищевода улучшились благодаря совершенствованию анестезиологического пособия и хирургических способов. Многие авторы указывают на снижение летальности до 4—5% [1, 5, 6, 9, 13, 17, 23, 24].

Одним из главных критериев оценки эффективности выполненного оперативного вмешательства является достижение так называемого «пищеварительного комфорта». В то же время актуальной является проблема так называемых «болезней искусственного пищевода» [6, 9, 21, 22, 23-27, 29-31]. Среди этих состояний наиболее значимыми являются стенозы пищеводных анастомозов, язвы трансплантата, нарушения прохождения пищи [6, 9, 21, 22, 24-26, 28, 29-31]. Сведения о различных функциональных нарушениях после эзофагогастропластики немногочисленны [6, 28, 29, 31]. В публикациях, посвященных отдаленным результатам реконструкции пищевода, отсутствует четкая клинко-эндоскопическая оценка состояния желудочного трансплантата.

**Цель** исследования — оценка функционирования трансплантата, сформированного из желудочной трубки при помощи комплексного клинко-рентгенологического и эндоскопического анализа.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты обследования 63 пациентов (37 мужчин и 26 женщин) в клинике кафедры госпитальной хирургии Новосибирского медицинского университета за период с 1995 по 2009 гг. Возраст пациентов колебался от 23 до 68 лет. Средний возраст пациентов составил  $(46,9 \pm 1,52)$  года. Большинство пациентов [30 (47,6%)] были оперированы по поводу рубцового сужения пищевода после химического ожога; 26 (41,26%) пациентам оперативное лечение выполнено при ахалазии пищевода, 4 (6,34%) — при пептической стриктуре пищевода без эффекта от длительной консервативной терапии (более 2 лет), включая бужирование пищевода; 3 (4,76%) — по поводу рака средней и нижней трети пищевода. Всем пациентам выполнена экстирпация пищевода из абдоминоцервикального доступа с пластикой узким изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка с заднемедиальным его расположением по методике А.Ф. Черноусова. Ширина трансплантата составляла 3,5—4 см.

Комплексное изучение результатов выполненной операции проводили всем пациентам в сроки от 1 мес до 10 лет. При этом 60 (95,23%) больных обследованы в течение первых двух лет с момента операции. В различные сроки после операции всем пациентам по показаниям проводилось комплексное клинко-лабораторное и инструментальное обследование, включающее рентгенологическое, эндоскопическое исследование искусственного пищевода.

Клиническая оценка состояния пациентов осуществлялась на основании жалоб пациентов, субъективной оценки ими собственного состояния, методик непосредственного обследования больного и результатов основных лабораторных исследований: общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови. Рентгенологическое исследование выполнялось с использованием жидкой бариевой взвеси на рентгеновской установке фирмы «Siemens» (Германия) с цифровой обработкой изображения. Оценивался акт глотания, состояние эзофагогастроанастомоза, форма, положение, щелепроводная функция трансплантата, состояние двенадцатиперстной кишки.

Для визуальной оценки состояния слизистой оболочки искусственного пищевода, эзофагогастроанастомоза и двенадцатиперстной кишки всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с использованием аппаратов фирмы «Olympus» (Япония) GIF x P20, GIF x Q30 либо V70 с цифровой обработкой изображения.

Эндоскопическое исследование выполнялось утром натощак в положении больного на левом боку. После проведения эндоскопа за глоточное кольцо осмотра подвергался эзофагогастроанастомоз. Далее при проходимости анастомоза для аппарата, фиброгастроскоп продвигался по искусственному пищеводу с последовательной оценкой состояния трансплантата, двенадцатиперстной кишки.

У 34 пациентов выполнена биопсия слизистой из зоны эзофагогастроанастомоза и трансплантата с целью морфологического исследования и определения микробиологического пейзажа искусственного пищевода.

**Результаты и обсуждение.** Среди обследованных нами пациентов не было больных, которые бы не предъявляли никаких жалоб. Клинические проявления патологических симптомов, выявленных при опросе, была различной (табл. 1).

Таблица 1

Жалобы	Количество пациентов, n=63	Частота нарушений, %
Потеря массы тела	10	15,9
Дисфагия	23	36,5
Демпинг-синдром	11	17,5
Явления регургитации (отрыжка, горечь во рту)	3	4,76
Застой пищи в искусственном пищеводе	4	6,34
Периодически возникающая диарея	7	11,11
Астенический синдром	30	47,6

В первые 6 мес после перенесенной эзофагопластики у 30 из 63 наблюдаемых пациентов отмечены общие неспецифические симптомы в виде слабости, утомляемости и значительного снижения физической активности. В течение первого года эти явления регрессировали самостоятельно или на фоне реабилитационных мероприятий.

Вегетативные реакции явились проявлением демпинг-синдрома у 11 больных после эзофагопластики желудочной трубкой с выполнением мобилизации двенадцатиперстной кишки. Пациенты предъявляли жалобы на приступы потливости, слабости и сердцебиения, связанные с приемом пищи, самостоятельно проходящие через 20—30 мин. Данные проявления расценены как демпинг-синдром средней степени тяжести. При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация контрастного вещества в кишку. В совокупности с клиническими проявлениями это послужило основанием для верификации демпинг-синдрома. Коррекция пищевого режима и проведение консервативных реабилитационных мероприятий позволили снизить степень выраженности вегетативных реакций, а позднее добиться полного регресса клинических проявлений (в течение первых 2 лет после операции).

Дисфагия органического происхождения имела место у 22 пациентов и варьировала от частичной (при приеме плотной пищи) до практически полной, с затруднением прохождения жидкости и слюноотечением.

Из 63 обследованных нарушения функции искусственного пищевода выявлены у 7 пациентов (у 3 гиперкинезия и у 4 гипоккинезия). Жалобы пациентов были на чувство дискомфорта, ощущение тяжести за грудиной, ощущения замедленного прохождения пищи по искусственному пищеводу. В то же время при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании каких-либо препятствий для прохождения пищи не выявлено.

При рентгенологическом исследовании нарушений акта глотания не зарегистрировано. Резидуальный участок собственного пищевода составил около 2 см. Тип анастомоза — «конец в бок».

Изменения конфигурации средостения, явлений смещения или сдавления органов средостения по рентгенологической картине не отмечалось. Желудочная трубка располагалась в заднем средостении, являлась прямым продолжением пищевода. Рентгенографическая характеристика ее внутригрудной части полностью соответствовала нормальному пищеводу. Форма трансплантата — неправильно цилиндрическая. Средняя ширина составила 3,6 см. Видна линия скрепочных швов формирования трансплантата. Стенка эластичная. В 26 наблюдениях прослеживался сглаженный рельеф продольных складок. Деформаций и девиаций трансплантата не отмечено. Клиренс бариевой взвеси приближался к нормам прохождения пищевого комка по пищеводу. На всем протяжении искусственного пищевода, в том числе и на уровне прохождения трансплантата через диафрагму, задержек контраста не наблюдалось. Перистальтика желудочной трубки не определялась.

У 12 пациентов при рентгенологическом исследовании наоборот выявлено ускорение эвакуации контраста в двенадцатиперстную кишку, при этом явлений демпинг-синдрома у пациентов не отмечалось.

У 3 пациентов, предъявлявших жалобы на тошноту, чувство тяжести в эпигастральной области, сохраняющееся более 4—5 ч после приема пищи, периодически возникающую рвоту съеденной накануне пищей или отрыжку тухлым при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании выявлен пилороспазм.

Выполнено 159 эндоскопических исследований 63 пациентам после эзофагогастропластики. У всех больных в настоящем наблюдении искусственный пищевод, сформированный из желудочной трубки, располагался в заднем средостении в ложе удаленного пищевода. Таким образом, ход искусственного пищевода соответствовал естественному пищеводу. Изгибов, деформаций искусственного пищевода не отмечено.

При данном способе эзофагопластики единственное соустье — эзофагогастроанастомоз — располагался на расстоянии около 2 см от глоточного кольца, на 18—20 см от резцов по данным эндоскопического осмотра, по центру поля зрения. Способ формирования анастомоза — «конец в бок». Устье анастомоза имело округлую форму, гладкий ровный контур. Слизистая по периметру анастомоза была розовой, блестящей. Граница перехода слизистой анастомозируемых органов четко не дифференцировалась.

При эндоскопических исследованиях (табл. 2), выполненных пациентам в первые 3—4 мес после операции у 10 пациентов, подвергшихся осмотру, имелись эндоскопические признаки анастомозита: гиперемия, отек слизистой по периметру соустья, у 4 из них обнаружены единичные лигатуры анастомоза с перифокальными наложениями фибрина (у 2 пациентов). Отмечено умерен-

ное сужение просвета анастомоза во всех наблюдениях за счет отека.

Т а б л и ц а 2

**Эндоскопическая характеристика патологических состояний искусственного пищевода при эзофагогастропластике**

Эндоскопическая характеристика искусственного пищевода	Абсолютное число, n=63
Стеноз эзофагогастроанастомоза	22
Признаки анастомозита (эзофагогастроанастомоз)	10
Лигатуры устья эзофагогастроанастомоза	4
Рефлюкс желчи в трансплантат	20
Признаки трансплантата	19
Признаки атрофии слизистой трансплантата	10
Пилороспазм	3
Эрозивное поражение слизистой трансплантата	1

У 22 пациентов отмечено сужение устья анастомоза в течение первого года после эзофагопластики за счет рубцового процесса, в 22 случаях — в течение первого года после оперативного лечения, в одном — в срок до 2 лет. При этом у 7 стеноз анастомоза возник после его несостоятельности в раннем послеоперационном периоде. У большинства пациентов (20) анастомоз сохранил округлую форму, располагался по центру поля зрения, у 2 пациентов устье анастомоза располагалось эксцентрично.

У 18 из них соустье имело диаметр 3—6 мм и было непроходимо для эндоскопа. Осмотр трансплантата у этих больных был выполнен после восстановления проходимости соустья путем бужирования и дилатации.

Все больные подвергались эндоскопическому исследованию искусственного пищевода утром натощак, последний прием пищи осуществлялся накануне вечером. Остатки пищевых масс в просвете желудочной трубки обнаружены у 4 пациентов, при этом у 2 — в большом количестве. У всех пациентов наблюдалось наличие слизи в просвете пищевода, при этом в большом количестве у 7 пациентов. В 20 случаях имело место сочетание слизи с примесью желчи, при этом в 7 случаях отмечался значительный заброс желчи в трансплантат.

Стенка искусственного пищевода была эластичной, определялась линия шва формирования желудочной трубки. Прослеживались единичные продольные складки, соответствующие большой кривизне желудка до выкраивания трансплантата. Складки легко расправлялись при инсуффляции воздуха. На расстоянии 39—40 см от резцов определялось незначительное эластичное сужение трансплантата, соответствующее уровню прохождения его через диафрагму.

В 44 случаях слизистая искусственного пищевода характеризовалась как гладкая, розовая, блестящая, без признаков воспаления, в 10 случаях была истончена, картина соответствовала атрофическим изменениям, прослеживался подслизистый сосудистый рисунок. Из 10 пациентов у 5 при атрофии слизистой имелось ее сочетание с участками гиперемии. У 19 пациентов отмечалась очаговая гиперемия слизистой желудочной трубки, что было расценено как проявление трансплантата. У 1 пациента на фоне очаговой гиперемии слизистой ближе на расстоянии 2—3 см выше привратника отмечены единичные эрозии размерами 2×3 мм, покрытые фибрином.

Следует отметить, что проявления атрофии слизистой трансплантата или сочетание атрофии и участков

гиперемии имело место в сроки более 1 года после эзофагогастропластики.

Внутрипросветные эндоскопические методы коррекции патологических состояний искусственного пищевода выполнены у 23 больных. Давность эзофагопластики на момент вмешательств варьировала от 2 мес до 9 лет (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

**Эндоскопические вмешательства при патологических состояниях искусственного пищевода**

Вид вмешательства	Количество пациентов, n=22
Бужирование анастомоза	11
Бужирование анастомоза с последующей его дилатацией	8
Дилатация анастомоза	4
Удаление лигатур анастомозов	4
Дилатация привратника	3

У 22 пациентов причиной вмешательства послужило рубцовое сужение соустья желудочного трансплантата с пищеводом. В 4 случаях наряду с бужированием анастомоза удалены лигатуры устья анастомоза. В 3 случаях (в 2 — в сочетании со с стенозом анастомоза) в послеоперационном периоде возник пилороспазм, что потребовало проведение пилородилатации.

Всем пациентам со стенозами анастомозов искусственного пищевода проведено механическое расширение просвета дигестивных соустьев.

У 11 больных выполнено бужирование анастомоза по струне, установленной под эндоскопическим контролем, с предварительной оценкой рентгенологической картины трансплантата. Для восстановления просвета анастомозов использовались бужи Savary—Gilliard № 16—40.

Расширение просвета пищеводно-желудочного соустья в 7 наблюдениях потребовало одного курса бужирования (от 1 до 7 сеансов). Еще у 6 больных выполнено от 2 до 6 курсов бужирования с интервалом от 1 до 14 мес. В 8 случаях бужирование дополнено проведением баллонной гидродилатации анастомоза.

В 4 случаях изолированно применен метод баллонной гидродилатации анастомоза под давлением до 3 атмосфер. У этих больных выполнено от 1 до 3 курсов дилатации баллонами № 20, 25, 30, что явилось единственным и окончательным методом восстановления проходимости анастомоза.

Осложнений проведения эндоскопических вмешательств не отмечено.

Стойкое эффективное расширение просвета анастомоза достигнуто у 20 больных. В качестве критерия успешного расширения просвета анастомоза считали формальный показатель — максимальный номер проведенного через анастомоз бужа или баллона и оценку самими больными степень восстановления перорального питания. У всех пациентов достигнуто расширение анастомоза до диаметра бужа Savary—Gilliard № 40, в 7 случаях выполнена гидродилатация соустья баллонами до № 30.

Удаление лигатур анастомоза произведено у 4 больных. Остатки шовного материала были захвачены биопсийными щипцами и извлечены при умеренной тракции. При контрольном осмотре через 7 сут отмечено стихание воспаления слизистой анастомоза, очищение ее от налетов фибрина.

В 3 случаях после экстирпации пищевода и пластики желудочной трубкой в срок до 1 месяца после операции возник постоянный пилороспазм, что проявлялось нарушением эвакуации из трансплантата в двенадцатиперстную кишку. Это обстоятельство потребовало проведения сеансов пилородилатации дилататором диаметром 20 и 25 мм при давлении до 3 атм. Выполнено 2 и 3 сеанса лечения соответственно. При осмотре в сроки до 6 мес после операции признаков пилороспазма не выявлено, однако при обследовании через год после выполненного оперативного вмешательства у двух пациентов вновь отмечены жалобы на чувство тяжести после приема пищи. После выполнения рентгеноскопии пищевода и эндоскопического исследования потребовался курс эндоскопического лечения.

В результате проведенного изучения отдаленных результатов установлено, что с течением времени (более 2 лет с момента эзофагопластики) основная масса пациентов адаптировалась к искусственному пищеводу. Результаты оперативного лечения признаны хорошими у 44 больных, удовлетворительными у 19 больных.

**Выводы.** В ходе проведенного обследования выявлено, что все пациенты после эзофагопластики получили возможность перорального питания. Однако у ряда больных в различные сроки после операции зарегистрированы случаи нарушения общего состояния и функции трансплантата. В клиническом статусе пациентов, перенесших эзофагопластику, отмечено развитие астенического (47,6%) и демпинг-синдрома (17,5%), дискинезии трансплантата (11,11%) и нарушения проходимости эзофагоанастомоза искусственного пищевода (36,5%). Одной из основных причин развития стеноза анастомоза является его несостоятельность в раннем (первые 7 сут) послеоперационном периоде. По данным рентгенологического и эндоскопического исследования после пластики пищевода желудочной трубкой чаще всего отмечалось развитие стеноза эзофагогастроанастомоза (34,9%). При эндоскопическом исследовании в желудочной трубке зарегистрирован рефлюкс желчи (31,7%) и признаки атрофии слизистой (15,87%). Эндоскопические вмешательства выполнялись преимущественно при рубцовом сужении анастомозов искусственного пищевода. У ряда больных потребовалось проведение неоднократных курсов инструментального расширения соустья в связи с рецидивированием стеноза анастомоза трансплантата.

Среди пациентов, которым выполнена эзофагогастропластика, около 30—40% нуждаются в комплексной (медикаментозной, эндоскопической) коррекции, включающей в себя и коррекцию диеты. Более 70% пациентов в течение первых двух лет с момента операции адаптируются к искусственному пищеводу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов, М.М. Хирургическая тактика у больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, М.А. Сапожникова [и др.] // Вестник академии медицинских наук. — 1991. — № 9. — С.33—35.
2. Алиев, М.А., Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш. [и др.] // Хирургия. — 2005. — № 12. — С.40—43.
3. Давыдов, М.И., Кухаренко В.И., Неред С.Н. [и др.] // Торакальная хирургия. — 1993. — С.136—139.
4. Джачвадзе, Д.К. // Вестник хирургии. — 2001. — № 2. — С.109—112.
5. Ермолов, А.С., Харитонов Л.Г. // Современные технологии в торакальной хирургии: тез. науч. конф. — М.; Омск, 1995. — С.72—74.

6. Мумладзе, Р.Б. Некоторые патологические состояния искусственного пищевода / Р.Б. Мумладзе, М.И. Коренков // Вестник хирургии. — 1993. — № 5/6. — С.104—107.
7. Оскретков, В.И. Выбор метода лечения больных ахалазией кардии / В.И. Оскретков, В.М. Казарян, В.А. Ганков, А.Г. Климов // Вестник хирургии. — 2003. — № 1. — С.32—35.
8. Рубайлов, Ю.А., Саутенко А.И., Киреев В.И. [и др.] // Вестн. Волгоградской мед. академии. — 1995. — Т. 51, № 1. — С.137—140.
9. Ручкин, Д.В., Черноусов Ф.А., Кебедов М.М. // 3-я Междунар. конференция по торакальной хирургии: материалы. — М., 2005. — С.302—305.
10. Саенко, В.Ф. Пептические стриктуры пищевода и их оперативное лечение / В.Ф. Саенко, С.Д. Мясоедов, П.Н. Кондратенко, С.А. Андреев // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1994. — № 1. — С. 55 — 58.
11. Тамулевичюте, Д.И. Болезни пищевода и кардии / Д.И. Тамулевичюте, А.М. Витенас. — М., 1986.
12. Черноусов, А.Ф. Пластика пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, С.А. Домрачев // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1994. — № 2. — С.46—50.
13. Черноусов, А.Ф. Выбор метода эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, С.А. Домрачев // Анналы хирургии. — 1998. — № 1. — С.48—51.
14. Черноусов, А.Ф. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой при пептической стриктуре пищевода / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков // Анналы хирургии. — 1998. — № 4. — С.37—41.
15. Черноусов, А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А. // 2-я Междунар. конференция по торакальной хирургии: материалы конф. — М., 2003. — С.386—397.
16. Черноусов, А.Ф. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, А.Н. Гаджиев, Д.В. Ручкин // Анналы хирургии. — 2001. — № 1. — С.35—38.
17. Чернявский, А.А. Торакальная хирургия / А.Ф. Черноусов, С.А. Домрачев. — М., 1993. — С.162—167.
18. Abir, F. Surgical treatment of achalasia: current status and controversies / F. Abir, I. Modlin, M. Kidd, R. Bell // Dig. Surg. — 2004. — № 21(3). — P.165—176.
19. Banki, F. Vagal-sparing esophagectomy: a more physiologic alternative / F. Banki, R.J. Mason, S.R. DeMeester // Ann. Surg. — 2002. — № 236(3). — P.324—335.
20. Devaney, E.J. Esophagectomy for achalasia: patient selection and clinical experience / E.J. Devaney, M.D. Lannettoni, M.B. Orringer, B. Marshall // Ann. Thorac. Surg. — 2001. — № 72(3). — P.854—858.
21. Donington, J.S. Functional conduit disorders after esophagectomy / J.S. Donington // Thorac. Surg. Clin. — 2006. — № 16(1). — P.53—62.
22. Fass, J., Jansen M., Ophoff K., Schumpelick V. // Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd. — 1997. — Vol. 114. — P.669—671.
23. Farran-Teixidó, L. Second time esophageal reconstruction surgery: coloplasty and gastroplasty / L. Farran-Teixidó, M. Miró-Martin, S. Biondo [et al.] // Cir. Esp. — 2008. — Vol. 83(5). — P.242—246.
24. Goh, A.H. Transhiatal esophagectomy: A simple technique to carry out gastric or colonic conduit pull-up / A.H. Goh, K.G. Park // Surgeon. — 2007. — № 5(1). — P.51—53.
25. Gupta N.M. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury / N.M. Gupta, R. Gupta // Ann. Surg. — 2004. — № 239(3). — P.359—363.
26. Helardot, P. Caustic burns of the esophagus, esophagectomy and replacement with gastric tube: comparative study with other procedures / P. Helardot // Saudi Med. J.— 2003. — № 24, suppl. 5. — P.39.
27. McLarly, A.J., Deschamps C., Trasek V.F. [et al.] // Ann. Thorac. Surg. — 1997. — Vol. 63, № 6. — P.1568—1572.
28. Panella, H., Zamblanchi M., Perra A., Callaneo C. // Minerva Chir. — 1994. — Vol. 49, № 3. — P.171—176.
29. Samuel, M. Gastric tube graft interposition as an esophageal substitute: comparative evaluation with gastric tube in continuity and gastric transposition / M. Samuel, D.M. Burge, I.E. Moore // J. Pediatr. Surg. — 1999. — № 34(2). — P.264—269.
30. Williams, V.A. Endoscopic and symptomatic assessment of anastomotic strictures following esophagectomy and cervical esophagogastrotomy / V.A. Williams, T.J. Watson, S. Zhovtis. [et al.] // Surg. Endosc. — 2008. — 22(6). — P.1470—1476.
31. Yuasa, N. Acid and duodenogastroesophageal reflux after esophagectomy with gastric tube reconstruction / N. Yuasa, E. Sasaki, T. Ikeyama // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — № 100(5). — P.1021—1027.

© Ю.В.Чикинев, Е.А.Дробязгин, А.В.Коробейников, И.В.Беркасова, А.В.Кутепов, 2009

УДК 616.329-007.271-089.844

## ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУЖЕНИЯХ

**Юрий Владимирович Чикинев<sup>1,2</sup>, Евгений Александрович Дробязгин<sup>1,2</sup>, Александр Владимирович Коробейников<sup>2</sup>, Инесса Викторовна Беркасова<sup>1,2</sup>, Антон Вадимович Кутепов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

<sup>2</sup>ОГУЗ «Новосибирская областная клиническая больница», отделение торакальной хирургии

**Реферат.** Представлен опыт хирургического лечения 123 пациентов с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода (94 пациента с рубцовым послеожоговым сужением пищевода, 25 пациентов с ахалазией пищевода IV ст., 4 пациента с пептической стриктурой пищевода). Отдаленные результаты выполненных оперативных вмешательств изучены у 117 пациентов в сроки от 1 мес до 13 лет. Стеноз анастомоза на шее возник у 43 пациентов (23 — после гастропластики, 20 — после колонопластики). Демпинг-синдром различной степени выраженности выявлен у 13 больных. У трех пациентов в сроки от одного года до двух лет возникли язвы колоногастроанастомоза или наданастомотического участка толстокишечного трансплантата. Пилороспазм после пластики желудочной трубкой возник у 3 пациентов.

**Ключевые слова:** искусственный пищевод, пластика пищевода, болезни искусственного пищевода.