

Операции на пищеводе: от диагностики до пластики

Первая республиканская конференция, посвященная различным аспектам одного из самых сложных разделов хирургии — при поражениях пищевода, — прошла в Национальной академии наук Беларуси.

Елена Клещенок, «МВ». Фото автора и из архива редакции.



Анатолий Михайлов, заведующий кафедрой лучевой диагностики БелМАПО, академик НАН Беларуси

Объем операции поможет определить рентген

Рентген — основной метод диагностики патологии пищевода, в дополнение к нему используется компьютерная томография. Эндоскопия применяется ограниченно из-за того, что пройти зондом в местах сужения почти невозможно — велика опасность разрыва органа, повреждения сердца и сосудов.

Самое безопасное исследование патологии пищевода — рентгенологическое с использованием жидкой бариевой

взвеси, которая проходит даже через самый суженный участок. Проводить его нужно полипозиционно — в вертикальном и горизонтальном положении. При подозрении на опухоль требуются функциональные пробы на вдохе и выдохе: смещение пищевода на снимке означает, что опухоль локализована в его стенке.

Все виды патологии пищевода можно выявить с помощью рентгенодиагностики. В случае

функциональных расстройств (дискинезий, спазмов, расширения, нарушения моторики, дивертикулах) рентген может рассматриваться в качестве единственного метода.

Важно правильно выбрать контрастное вещество. Если есть подозрение на перфорацию, барий применять нельзя — нужны водорастворимые контрастные вещества.

На основании лучевых методов исследования

определяется также объем операций на пищеводе. Если решается вопрос о вмешательстве по поводу рака пищевода, надо проводить РКТ (определяет степень распространенности злокачественного образования, вовлечение в процесс смежных органов и тканей).

Иногда при диагностике заболеваний пищевода используется УЗИ, например при установлении зоны метастазов.



Николай Капралов, доцент 2-й кафедры внутренних болезней БГМУ, кандидат мед. наук

Исследованиями рефлюксов должны заниматься не только кафедры

Гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) сегодня страдает пятая часть населения. Из-за широкой распространенности большинство мировых экспертов в области гастроэнтерологии считают ее недугом XXI века.

В основе развития лежат гастроэзофагеальные рефлюксы — заброс желудочного содержимого в пищевод. Клинически это проявляется главным образом в виде изжоги, которая сегодня встречается у каждого второго жителя. Кроме того, гастроэзофагеальные рефлюксы способны повреждать слизистую оболочку пищевода и вызывать осложнения — сужение просвета пищевода, развитие эрозивного и язвенного процессов, кровотечения из слизистой, развитие пищевода Барретта (предраковое состояние в нижней части пищеводной трубки).

Чем более распространенный характер приобретает заболевание, тем больше специалистов должно заниматься его диагностикой и тем больше

технических ресурсов использоваться для этого.

Единственное место в столице, где сегодня массово проводят исследования рефлюксов, — клиническая база нашей кафедры, которая находится в 9-й ГКБ Минска. Недавно подобное оборудование появилось на кафедре хирургии БелМАПО (база — Минская областная больница), но оно предназначено в первую очередь для научных целей.

За 17 лет сотрудники 2-й кафедры внутренних болезней провели более 1 500 исследований. Год назад в дополнение к имеющемуся российскому аппарату рН-метрии приобретен аппарат рН-импедансометрии американского производства, позволяющий с повышенной информативностью определять как кислотные, так и щелочные рефлюксы (сегодня такое обследование считается золотым стандартом диагностики ГЭРБ).

Тем не менее потребность в обследовании больных с ГЭРБ

в разы превышает наши возможности. Пациентов направляют не только врачи-гастроэнтерологи, но и хирурги. Запись на проведение процедуры на месяц вперед. Учитывая, что основные функции работников кафедры — образование и научная деятельность, хотелось бы, чтобы такой диагностикой занимался кто-то еще.

На мой взгляд, следует вооружить аппаратами рН-метрии крупные лечущие учреждения, в штате которых есть гастроэнтерологи, и межрайонные центры на базе поликлиник. По нашим подсчетам, чтобы реализовать потребность населения в данном виде диагностики только в Минске, требуется 5–7 аппаратов.

Почему специалисту, исследующему проблему с пищеводом, недостаточно только результатов фиброгастроскопии? Этот вид диагностики выявляет визуальные изменения в органе, то есть морфологическую стадию ГЭРБ,

а рН-импедансометрия позволяет сделать вывод о начальных (доклинических) признаках заболевания пищевода, пока слизистая не изменена. Кроме того, метод внутрипищеводной суточной рН-импедансометрии дает возможность подобрать индивидуальную антисекреторную терапию больным, а на 4–5-е сутки после назначения проследить и скорректировать лечебную дозу.

Метод рН-импедансометрии станет хорошим подспорьем не только для гастроэнтерологов-терапевтов, но и для специалистов, выполняющих оперативные вмешательства на нижнем пищеводном сфинктере. Основываясь на результатах данного исследования, хирурги, планирующие операцию, будут вооружены таким важным показателем, как давление в сфинктере, благодаря чему определяются вид и объем вмешательства, а также эффективность хирургического лечения.



Ежи Вижинис, доцент кафедры хирургии БелМАПО, кандидат мед. наук

Как уменьшили летальность при перфорации пищевода

Несвоевременно диагностируемые повреждения пищевода и в связи с этим запоздалое оперативное вмешательство приводят к тому, что двое из трех пациентов умирают из-за развития тяжелых осложнений (медиастинита, воспаления легких, полиорганной недостаточности). Чтобы этого избежать, нужно как можно скорее доставлять таких пациентов в специализированный стационар.

В последние несколько лет мы усовершенствовали раннюю диагностику, специалистам первичного звена из регионов при любом подозрении на перфорацию предложили не только использовать все доступные методы выявления заболевания, но и вызывать сотрудников кафедры для консультации и выбора тактики лечения.

Кроме того, на кафедре хирургии разработаны и внедрены новые методики оперативного пособия — сквозное дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения, комбинированные операции эндоскопического стентирования пищевода под видеоторакоскопическим контролем. Наша методика позволяет адекватно дренировать

глубокие клетчаточные пространства шеи и верхнего средостения, безопасно выполнять интраоперационную трахеостомию для последующей продленной искусственной вентиляции легких.

Ранняя диагностика и использование вышеуказанных методик позволили нам почти в 3 раза снизить летальность при перфорациях пищевода.

■ Конференц-зал



Любовь Нестерук,
детский хирург РНПЦ
детской хирургии

Искусственный пищевод — спасение при атрезии и рубцовом стенозе

В нашем центре есть опыт по созданию искусственного пищевода у детей с врожденными и приобретенными заболеваниями этого органа (прооперированы 88 пациентов). Чаще всего вмешательства выполняем при атрезии пищевода и рубцовом послеожоговом стенозе. Однако бывают и нестандартные ситуации, когда к нам попадают пациенты с незавершенной и повторной пластикой пищевода, с болезнями оперированного и искусственного пищевода, малыши с атрезией пищевода в сочетании с другими врожденными пороками развития пищеварительного тракта и дефицитом пластического материала, дети с сегментарными повреждениями пищевода.

В таких случаях необходимо максимально защитить трансплантат от ишемии, обеспечить его надежное питание. В этом нам помогают специалисты в сфере микрохирургии. С сентября 2010 года сотрудники нашего центра совместно с микросудистыми хирургами Минской ОКБ выполняют операции по созданию искусственного пищевода с реваскуляризацией и дополнительной васкуляризацией кишечного трансплантата с применением микрохирургической техники. На сегодня оперированы 7 детей: у 5 из них была атрезия пищевода, у 2 — послеожоговые рубцовые стенозы. Одного пациента безуспешно оперировали трижды.

Так, у пациентки С., которой выполнили эзофагоколопластику по поводу атрезии пищевода, случился тромбоз питающего сосуда — и трансплантат омертвел. Его пришлось удалить. Ребенок питался через гастростому. Спустя год мы выполнили повторную пластику пищевода и улучшили питание трансплантата дополнительной васкуляризацией, наложив микрохирургический межсосудистый анастомоз между артерией трансплантата и левой внутренней грудной артерией. Ранний и поздний послеоперационный периоды у пациентки протекали без осложнений. Последний раз девочка приезжала на контрольное обследование в феврале 2016 года.

Жалоб не предъявляет. От сверстников в развитии не отстает.

Пластика завершена с полным клиническим эффектом у 7 пациентов. Все питаются самостоятельно естественным путем, употребляют любую пищу.

Операции по созданию искусственного пищевода позволили избавить детей и их родителей от тяжелых моральных и физических страданий, связанных с необходимостью длительного питания через гастростому, значительно улучшили качество жизни. Те, кого мы прооперировали, ведут обычный образ жизни, учатся в школе, средних и высших учебных заведениях, занимаются спортом, создают семьи.



Игорь Лабунец,
доцент кафедры онкологии БГМУ, кандидат
мед. наук

У кого больше шансов выжить при раке пищевода

70% больных раком пищевода поступают в поздней стадии. В течение года умирают 85 из 100. Поздняя выявляемость обусловлена особенностями клинической картины. Первые признаки рака пищевода уже означают запущенный процесс. Дисфагия, нарушение прохождения пищи появляются, когда опухоль распространена как минимум на 3–4 просвета пищевода.

Мы наблюдали 329 пациентов с гастроэзофагеальным раком, проходивших лечение в Минском городском онкодиспансере. 1-я стадия была только у 15%. А при ранней диагностике можно достичь одногодичной выживаемости до 85%.

Прогноз после хирургического лечения рака гастроэзофагеальной локализации в основном зависит от распространенности

опухолевого процесса. Пациенты без метастазов (независимо от типа операции) имеют в 2 раза больше шансов выжить, чем больные с лимфогенными метастазами. Причем выживаемость после радикальных хирургических вмешательств в 3 раза выше по сравнению с выживаемостью после паллиативных операций (30% и 9% соответственно).

Выполнение комбинированных и паллиативных резекций при местнораспространенном гастроэзофагеальном раке способно обеспечить пятилетнюю выживаемость только на уровне 10–15%, но при этом избавляет пациентов от таких осложнений, как дисфагия, истощение, кровотечение из распадающейся опухоли, и улучшает качество жизни.



Владимир Акинфеев,
заведующий ангиографическим кабинетом РНПЦ онкологии и медрадологии им. Н. Н. Александрова

Главное показание для установки стентов при стенозах пищевода — злокачественная обструкция. Применяется также при трахеопищеводных фистулах, опухолях средостения,

вызывающих сдавление пищевода, перфорациях.

В нашем центре выполнено более 300 стентирований пациентам в возрасте от 24 до 92 лет. Абсолютных противопоказаний для установки стента нет. Не рекомендуется это делать в течение 3–6 недель после химио- и лучевой терапии (высок риск кровотечения и перфорации). Среди относительных

противопоказаний — высокие стенозы, близко расположенные к голосовым связкам.

Опыт показывает, что установка стента в пищевод — эффективный и безопасный метод лечения дисфагий и свищей при злокачественном поражении органа. Самое частое осложнение вмешательства — миграция стента (повторное стентирование возможно).

Ранняя миграция наблюдалась в 11 случаях, поздняя (спустя 64–615 дней) в 15 случаях.

После стентирования качество жизни пациентов заметно улучшается: у них восстанавливается способность пить и есть естественным путем. У больных со злокачественным поражением пищевода, которое признано неоперабельным, стентирование должно быть методом выбора.

Когда стентирование является методом выбора

Нутритивной поддержке — хирургическую прописку



Ольга Светлицкая,
доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии БелМАПО, кандидат
мед. наук

Этиология и патогенез заболеваний пищевода различны, но в итоге они приводят к одному и тому же: формированию стриктур, появлению дисфагии и развитию алиментарной недостаточности вплоть до кахексии. При этом резко возрастает количество тяжелых осложнений, в том числе инфекционных, плохо заживает послеоперационная рана, повышается вероятность несостоятельности анастомоза, увеличиваются сроки госпитализации, задерживаются реабилитация и выздоровление. Доказано, что чем выше энергетический и белковый дефицит, тем вероятнее летальный исход. Поэтому отсутствие должной коррекции нутритивного статуса пациентов в предоперационном периоде ставит под сомнение успех будущего оперативного вмешательства. Европейская ассоциация клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендует отложить по возможности выполнение планового оперативного вмешательства при потере веса > 10–15% в течение 6 месяцев или ИМТ < 18,5 кг/м² и заняться нутритивной поддержкой. К сожалению, при дисфагии энтеральное питание не всегда приемлемо. В таких случаях используют альтернативное — парентеральное (внутривенное), которое по стоимости в несколько раз превосходит энтеральное, и его никак нельзя считать физиологичным.

Что касается послеоперационного периода, то тенденцией последнего десятилетия является

смещение приоритетов в сторону раннего, в течение первых 24–48 часов после операции, начала энтерального питания. К слову, подобная рекомендация сформулирована и для пациентов с острым некротизирующим панкреатитом. Пресловутая концепция «холод, голод и покой» постепенно утрачивает актуальность.

Сегодня в Беларуси имеется широкий выбор различных питательных смесей и средств их доставки. Если не получается наладить пациенту энтеральное питание через гастральный зонд, необходимо устанавливать назоеюнальный зонд, чтобы питательные вещества регулярно поступали в ЖКТ. Дело в том, что энтероциты получают необходимые питательные вещества главным образом из просвета кишечника. При полном голодании уже через 24 часа можно обнаружить структурные изменения в энтероцитах, к 4-м суткам в слизистой выражены атрофические изменения, а в эпителиальном покрытии кишечных ворсинок возникают дефекты. Нарушение барьерной функции тонкой кишки может осложниться транслокацией бактерий в кровотоки и развитием сепсиса. В таких случаях шансы пациента на выздоровление резко падают.

К сожалению, в настоящий момент нутритивная поддержка хирургических пациентов осуществляется в основном в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Лишь в отдельных хирургических

отделениях пытаются проводить нутритивную поддержку собственными силами, но это пока первые шаги. Стандартная схема действий при возникновении осложнений, спровоцированных ослабленным состоянием, — снова перевести пациента в реанимацию, «подлечить» и «подкормить», но стоимость реанимационной койки почти в несколько раз выше хирургической.

В западных странах искусственное кормление пациентов в отделениях привычная практика. В Испании и Великобритании, например, около 80% клиник имеют в своем кадровом составе бригады нутритивной поддержки, в которые входят нутрициолог, гастроэнтеролог, реаниматолог, клинический фармаколог и специально обученные медицинские сестры. Там уже убедились, что это не только снижает риск осложнений, но и существенно экономит деньги клиники.

Идея популяризации нутритивной поддержки в профильных отделениях стационаров видится обоснованной как клинически, так и экономически. А скоро для этого появится и законодательная база.

Сотрудники двух кафедр БелМАПО — хирургии и анестезиологии и реаниматологии — уже разработали новый клинический протокол «Энтеральное питание в абдоминальной хирургии», в котором «прописаны» алгоритмы нутритивной поддержки в отделениях хирургического профиля. Сейчас документ находится на рассмотрении в РНПЦ медтехнологий.