

Рішення, що пропонується відноситься до медицини, а саме, до відновної пластичної хірургії травного товстою кишкою ураженого хімічним опіком стравоходу у разі поєднаних тракту і може бути використане при операціях пластичного заміщення післяопікових рубцевих стриктур глотки і стравоходу.

Відомий спосіб езофагофарингопластики товстою кишкою у разі поєднаних стриктур стравоходу і глотки (1), який включає в себе виділення з рубцевих зрощень бічної і задньої стінки глотки, перетинаючи при цьому двубрюшну і шилопід'язикову м'язи (в необхідних випадках проводиться також і перетин верхнього рожка щитоподібного хряща), відведення і ротацію пластини щитоподібного хряща в медіальному напрямі, виконання підпід'язикової фаринготомії (між щитоподібним хрящем і під'язиковою кісткою) з продовженням розрізу вниз до рівня перснеподібного хряща, формування П-подібного клаптя на бічній стінці товстої кишки, розгорнення його в просвіт глотки і фіксування окремими вузловими швами шовним матеріалом, що розсмоктується, подальше формування передньої губи анастомоза окремими вузловими швами, при цьому як би формуючи новий грушоподібний синус і частково ретроперснеподібний простір. Обов'язковою умовою створення глотково-кишкового совустя є розташування його нижнього кордону на рівні нижнього краю перснеподібного хряща, тобто нижче за рівень входу в гортань. Цей спосіб взятий нами як прототип.

Недоліком цього способу є те, що хворі зазнають істотної травмизації (виділення з рубцевих зрощень бічної і задньої стінок глотки; посікаються рубцево змінені тканини і розділяються зрощення глотки і гортані; відтягання і ротіровання в медіальному напрямі лівої пластини щитоподібного хряща) і підлягають перетину (двубрюшна і шилопід'язикова м'язи; верхній ріжок щитоподібного хряща; розташовані, по ходу вказаних анатомічних сполук, нервові волокна) багато, дуже важливих в морфофункціональному відношенні, органів і тканин, що значною мірою зумовлює високий ризик виникнення післяопераційних ускладнень як місцевого (з боку області оперування), так і, що особливо актуально, функціонально-фізіологічного характеру (у 10-15% оперованих хворих не відновлюється складний нейрофізіологічний механізм акту ковтання за рахунок руйнування іннерваційних зв'язків; вони приречені харчуватися або через назогастральний зонд або через харчоприємну стому). Все це негативно позначається на функціонально-реабілітаційних результатах операції.

Задачею винаходу, що заявляється є створення функціонально-ефективного і відносно не складного в оперативному виконанні товстокишково-глоткового анастомозу на шиї, завдяки чому забезпечується можливість відновлення функції ковтання у хворих при відчутному зменшенні післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача досягається тим, що перснеподібний-глотковий м'яз перетинають в такому напрямі, який забезпечує розходження країв рани на 2-3см з переходом на м'язову оболонку стравоходу, потім відділяють (відсепаровуванням) м'язовий шар глотки і відводять його суворо уперед, змінюючи, при цьому, напрям волокон нижнього констриктора глотки і утворюють трикутний дефект, формуючи анастомоз між трансплантатом і глотково-стравохідним переходом вузловими швами, трикутний дефект, а потім задній край перетнутого раніше перснеподібно-глоткового м'яза фіксують до передхребетної фасції шляхом накладення шовкових швів.

Спосіб здійснюється таким чином:

Розрізом по передньому краю лівого грудино-ключично-сосцевидного м'яза оголяють шийний відділ стравоходу і задню стінку глотки в місці майбутнього колозофагоанастомозу. У стравохід вводять шлунковий зонд. При цьому добре визначається перснеподібно-глотковий м'яз у вигляді поперечно розташованого м'язового валика шириною до 1,5см, що йде між косими волокнами нижнього констриктора глотки і подовжніми м'язами стравохідної стінки. У хворих з глибокими корозивними опіками цей валик має ознаки рубцевого переродження. Сфінктер перетинається по лівому задньому колу глотково-стравохідного переходу до слизової оболонки, не травмуючи її. Вгорі розріз переходить на волокна нижнього стискувача глотки, внизу на м'язову оболонку стравоходу. Внаслідок такої міотомії края рани розходяться на 2-3см, оголяючи підслизовий шар. У цьому місці розкривають просвіт глотково-стравохідного переходу з метою подальшого створення товстокишково-глоткового совустя. Попереду від розрізу відділяють (відсепаровують) м'язовий шар глотки і відводять його суворо уперед, що змінює напрям волокон нижнього констриктора глотки і утворює трикутний дефект. Формуючи анастомоз між трансплантатом і глоткою вузловими швами шовним матеріалом, що розсмоктується, трикутний дефект таким чином закривається. Задній край перетнутого раніше перснеподібно-глоткового м'яза фіксується до передхребетної фасції шляхом накладання окремих шовкових швів. До місця анастомоза встановлюється дренажна трубка, шкіряна рана ушивається. Суть операції зводиться до наступного: одночасно вирішуються дві задачі - створення товстокишково-глоткового совустя і пластика ураженого опіком глотково-стравохідного переходу при високих і глибоких протяжних післяопікових езофагітах. Під час ковтка зміщується догори і попереду передня ліва стінка глотково-стравохідного переходу, в цей же самий час задня ліва стінка залишається фіксованою до передхребетної фасції і совустю. У результаті такої моторики просвіт анастомозу залишається відкритим, що і забезпечує проходження харчового болюса.

Приведемо конкретний приклад використання способу: Хворий Е., 38 років, поступив в клініку зі скаргами на повну неможливість проковтнути слину і їжу, рясну слинну, похлинування, втрату маси тіла за останні 4 місяці більше ніж 10кг, загальну слабкість. П'ять місяців по тому отримав хімічний опік стравоходу (аккумуляторний електричний), сформована гастростома.

При клінічному обстеженні підтверджений високий післяопіковий рубцевий стеноз на рівні фаринго-езофагеального переходу. Проведена адекватна передопераційна підготовка і виконано оперативне втручання - тотальна загрудина пластика стравоходу лівою половиною ободової кишки з формуванням товстокишково-глоткового анастомоза на шиї по методиці, що пропонується. Післяопераційний період проходив без яких-небудь ускладнень. Почав приймати рідку їжу через рот на 7 добу, користуючись також паралельно і гастростомою. Рани загоїлись первинним натягненням, шви зняті: на шиї - на 6 добу; на передній черевній стінці на 10 добу. У задовільному стані виписаний з клініки на 11 добу після операції. Гастростому ліквідували через 1,5 місяці після виписки хворого з клініки. Оглянутий також і через 5 місяців - харчується через рот (не грубою їжею), додав у вазі 6кг, при емоційному хвилюванні відмічає похлинування.

Рішення, що пропонується, випробуване у 4 хворих. Воно показало, що використання рішення хірургічного лікування післяопікових рубцевих стенозів, що пропонується, глотково-стравохідного переходу шляхом формування товстокишково-глоткового анастомоза при аутогетеропластичі ураженого опіком стравоходу, дозволяє відчутно зменшити імовірність післяопераційних ускладнень, досягти істотного поліпшення якості життя цих хворих.

Переваги способу хірургічного лікування післяопікових рубцевих стенозів глотково-стравохідного переходу, що заявляється, полягають в можливості одномоментного рішення двох задач - створення товстокишково-глоткового соустья і пластика ураженого опіком глотково-стравохідного переходу при високих і глибоких протяжних післяопікових езофагітах, а також в забезпеченні відновлення функції ковтання і повноцінного, природним шляхом, живлення у важких хворих з післяопіковими поєднаними рубцевими стенозами стравоходу і глотки.

Джерела інформації, що бралися до уваги:

1. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Воронів М.Е., Тітов В.В. Ззофагофарингопластика товстою кишкою при поєднаних стриктурах стравоходу і глотки. // Аналі хірургії. 1998. -№1. С.51-55.