

3. Логинов А. С., Макарьева Е. Д., Ульянова В. В., Чебанов С. М. Цитология, 1984, 9, с. 1073.
4. Макарьева Е. Д., Чебанов С. М., Ульянова В. В., Баулина О. И. Там же, 1980, 4, с. 494.
5. Рыеняк В. В. Бюлл. эксперим. биол. и мед., 1984, 4, с. 488.
6. Fahimi H. D. In: Techniques of biochemical and biophysical morphology, Wiley, Interscience, N. Y., 1975, 2, 197.
7. Feroldi J., Mallet-Gug Y. Arch. Anat., Cytol. Path., 1979, 27, 376.
8. Gross J. Harvey Lectures, 1974, 68, 351.
9. Hata P., Ninomiya Y., Naga Y., Thsacada Y. Biochemistry, 1980, 19, 1, 169.
10. Hay E., Dodson J. J. Cell. Biol., 1973, 57, 190.
11. Pearlstein E., Gold L. J., Garcia-Pardo A. Molec. Cell. Biochem., 1980, 29, 103.
12. Szpak Ch. A., Woodard B. N. Ultrastr. Pathol., 1983, 4, 1, 101.
13. Tseng S. C. G., Smucker E. A., Stern R. Hepatology, 1983, 3, 955.

УДК 616.34—089.843—007.271

З. А. ТЕР-АВЕТИКЯН

БУЖИРОВАНИЕ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА В ЗОНЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО И ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗОВ

Работа посвящена сужению анастомозов после пластики пищевода. Описана методика консервативного лечения—бужирование рентгеноконтрастными полыми бужами по струне-проводнику и балонная дилатация. Подчеркивается эффективность указанного метода.

Наиболее частой причиной непроходимости искусственного пищевода является рубцовое сужение пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов [2, 4, 5]. В зависимости от степени сужения лечебные мероприятия могут быть консервативными или оперативными. Среди консервативных методов лечения рубцовых стриктур пищеводных анастомозов важное место принадлежит бужированию. Однако бужирование обычными способами, даже под контролем эзофагоскопа, не получило распространения из-за возможности перфорации пищевода, а чаще трансплантата, так как направление движения бужа обычно не соответствует продольной оси трансплантата. Кроме того, сопротивление рубцовой ткани анастомоза при проведении бужа оказывается нередко значительно большим, чем сопротивление стенки трансплантата, что не позволяет хирургу в достаточной мере контролировать усилие, с которым буж проводится через суженный анастомоз.

С внедрением в клиническую практику разработанного в ВНИЦХ АМН СССР [1] метода бужирования рентгеноконтрастными полыми бужами по стальной струне с пружинным проводником значительно расширились возможности неоперативного лечения рубцовых стриктур анастомоза пищевода с трансплантатом.

Мы располагаем опытом лечения бужированием рубцовых стриктур анастомоза пищевода (глотки) с трансплантатом у 29 больных, из коих 6—после повторной эзофагопластики (мужчин—18, женщин—11

в возрасте от 17 до 60 лет). Пластика пищевода по поводу ожоговой стриктуры выполнена 25, рака—2, пептической стриктуры—1 и хронического эзофагита—1 больному.

Распределение больных в зависимости от способа эзофагопластики, метода и сроков формирования анастомоза приведено в таблице.

Способ эзофагопластики	Способы эзофагопластики, методы и сроки формирования анастомоза					
	Методы и сроки формир. анастомоза					
	„бок в бок“		„конец в бок“		„конец в конец“	
	а	б	а	б	а	б
Тонкой кишкой	—	2	—	—	—	—
Правой половиной толстой кишки	—	1	—	1	—	1
Левой половиной толстой кишки	1	—	1	1	2	—
Желудком	—	—	1	—	—	—
Желудочной трубкой	—	—	2	—	12	—
Локальная	—	—	—	—	4	—

Примечание. а—одномоментно, б—двухмоментно.

Как видно из таблицы, наибольшее число сужений анастомозов возникло после пластики изоперистальтической желудочной трубкой из большой кривизны с формированием анастомоза по типу «конец в конец» или «конец в бок». В этих случаях, по всей вероятности, наряду с различием в толщине анастомозируемых органов и рефлюкс-эзофагитом, немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что при выделении стенки пищевода по всей окружности для формирования соустья по типу «конец в конец» наблюдается большая диваскуляризация, и заживление анастомоза происходит в условиях определенной ишемии. Вместе с тем следует отметить, что эти данные не могут служить основанием для суждения об истинной частоте возникновения стриктуры анастомоза в зависимости от примененного пластического материала, так как число наблюдений после пластики каждым из этих методов недостаточно для полного анализа.

Одномоментное формирование анастомоза осуществлено у 23 больных, в 6 наблюдениях соустье на шее выполнено на втором этапе. При оценке различных степеней сужения анастомоза руководствовались клиническими, рентгенологическими, эзофагоскопическими данными согласно известной классификации Б. Е. Петерсона с соавт. [3]. В соответствии с этим сюда вошли больные со стриктурой анастомоза I и частично II степени, у которых основным методом лечения было бужирование.

Следует указать, что лечение стриктур анастомозов мы во всех случаях стремились начинать с бужирования. Лишь при невозможности его проведения либо нестабильности эффекта ставились показания к реконструктивным операциям. Нередко бужирование при необходимости проводилось у больных и после реконструкции анастомоза, однако в рассматриваемую группу они не включены.

Для бужирования использовали пластмассовые бужи (№ 22—40), через всю длину которых просверлен канал диаметром до 1 мм для проведения их по струне-проводнику. Струны-проводники представляют собой отрезки стальной проволоки длиной до 1,5 м и диаметром сечения до 0,7—0,8 мм. На одном из концов каждого из них припаяны стальные пружинки, диаметр которых от 1,6 до 4 мм, а длина—от 3 до 5 см. Свободный конец их заканчивается полусферической головкой, закрывающей внутренний просвет пружинки. Металлическая струна-проводник гарантировала правильное направление движения бужа. Бужирование стриктур проводили под контролем рентгенотелевидения, что значительно уменьшает опасность перфорации как пищевода, так и трансплантата. После того как струна с пружинным проводником оказывается проведенной в желудок, на проксимальный конец ее насаживают буж, который скользит по струне через суженную часть, повторяя путь струны-проводника.

У 6 больных со значительным супрастенотическим расширением пищевода и эксцентрическим расположением входа в стриктуру бужирование проводили под наркозом при помощи жесткого эзофагоскопа. Эзофагоскопия дает возможность под контролем зрения ввести струну-проводник в стриктуру, а при бужировании рубцовой стриктуры собственного пищевода частично и выправить сложный, нередко с изгибами, послеожоговый канал. Значительные трудности возникли при проведении струны-проводника у 4 больных, которым анастомоз был наложен по типу «бок в бок».

В 7 наблюдениях после бужирования быстро наступил рецидив дисфагии. Чаще всего это наблюдалось у больных с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом. В этих случаях для достижения стойкого эффекта бужирование в обязательном порядке проводили на фоне антирефлюксной терапии. Одновременно таким больным параллельно проводили сеансы гипербарической оксигенации.

Как известно, процесс рубцевания в обожженном пищеводе может продолжаться довольно долго и приводить к сужению даже в отдаленные сроки после ожога. Выполнение пластики при незаконченном процессе рубцевания чревато опасностью возникновения стриктуры в незамещенном отделе пищевода, в котором к моменту операции не было выявлено рубцовых изменений. В одном из наших наблюдений успешно разбужирована стриктура, которая возникла спустя 3 года после эзофагопластики в отрезке пищевода выше анастомоза с трансплантатом. Кроме того, нами успешно разбужирован естественный пищевод у 3 больных, у которых ранее в других лечебных учреждениях без предварительной попытки бужирования предпринята пластика пищевода, закончившаяся некрозом трансплантата в 2 наблюдениях, а в одном—полной стриктурой пищеводно-желудочного анастомоза, наложенного значительно выше стриктуры собственного пищевода с оставлением большого слепого мешка. Обращает на себя внимание тот факт, что у этих больных не предпринимались попытки бужирования собственного пищевода даже после неудавшейся эзофагопластики.

В последнее время с целью неоперативного расширения стриктур пищеводных анастомозов наряду с бужированием нами стала применяться эндоскопическая баллонная гидродилатация. Она производится путем установки в область стриктуры баллона-дилататора с различным диаметром и последующей дилатации под давлением в течение 3—5 минут с постепенным увеличением времени дилатации. По показаниям вводится и эндопротез на более длительные сроки. Небольшое число наблюдений (5 больных) не позволяет делать окончательных выводов, однако первые, весьма обнадеживающие, результаты, свидетельствуют о том, что этот метод найдет соответствующее место в ряду неоперативных способов расширения стриктур анастомозов.

Результаты лечения изучены у всех больных. Следует указать, что клинический эффект после бужирования был положительным во всех наблюдениях, однако продолжительность его была различной, от 6—8 месяцев до 2 лет и более. Хорошие результаты нами отмечены у 14 больных. У них однократный курс бужирования оказался достаточным для получения стойкого эффекта в сроки наблюдения от 2 до 10 лет. Особенно эффективно бужирование изопищеводных анастомозов после локальной пластики коротких стриктур, когда соустье создается местными тканями. У остальных 15 больных результаты бужирования оценены как удовлетворительные, так как у них в различные сроки от 6 месяцев до 1,5 лет возникал рецидив дисфагии и требовалось проведение повторных курсов бужирования.

У 8 больных проведено 2 курса бужирования: у 4 со стриктурой пищевода-желудочного и у 4—пищеводно-кишечного анастомоза. В 7 наблюдениях положительный результат достигнут после многократных курсов бужирования с промежутком в 6—8 месяцев. У 3 больных со стриктурой пищевода-кишечного [2] и пищевода-желудочного [1] анастомозов проведено по 3, у 4 со стриктурой пищевода-желудочного анастомоза—4 курса бужирования. Во всех случаях удавалось разбуживать стриктуру бужа до № 38—40.

Таким образом, необходимо отметить, что бужирование рубцовых сужений анастомозов достаточно эффективная, но вместе с тем сложная процедура, которая должна выполняться в специализированных хирургических стационарах.

Отделение хирургии пищевода
и желудка ВНИЦ АМН СССР,
кафедра хирургии Ереванского ГИУВ.

Поступила 29/XII 1987 г.

Ձ. Ա. ՏԵՐ-ԱՎԵՏԻՔՅԱՆ

ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԱՆԱՆՅԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԳԼԱՆԱՁՈՂԱՐ-
ԿՈՒՄԸ՝ ՈՐԿՈՐ-ՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԵՎ ՈՐԿՈՐ-ԱՂԻՔԱՅԻՆ
ԲԵՐԱՆԱԿՅՈՒՄՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Որկոր-ստամոքսային և որկոր-աղիքային բերանակցումների հետ կապ-
ված արհեստական կիրակրափողի նեղացմամբ հիվանդների մոտ կատարվել
է գլանաձողարկում՝ անցք ունեցող ռենտգեն կոնտրաստային կազային բուժով
լայնացման մեթոդով:

Նկարագրված է ռեցիդիվների և դիսֆագիայի բուժման մեթոդիկան:

BOUGIEURAGE IN ARTIFICIAL ESOPHAGUS ILEUS IN THE ZONE OF ESOPHA-GEALGASTRIC AND ESOPHAGEAL-INTESTINAL ANASTOMOSES

The different methods of conservative treatment are described, such as bougieurage by radiopaque hollow bougies through a string-conductor and bald dilatation. The method of the treatment of recidivations and dysphagia is given.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М., 1971.
2. Масюкова Б. М., Задорожный А. А., Байдала П. Г., Белоусов Е. В. Вестн. хир., 1983, 11, с. 24.
3. Петерсон Б. Е., Малышева О. А., Плотников В. И. Хирургия, 1967, 8, с. 78.
4. Петровский Б. В., Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф., Странадоко Е. Ф. Хирургия, 1981, 9, с. 3.
5. Харитонов Л. Г. Грудная хирургия, 1979, 1, с. 66.

УДК 616.728.48—002.3

И. А. ОСЕПЯН, Г. Г. ВАРДЕВАНЯН

К МЕТОДУ АРТРОДЕЗИРОВАНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Приведены результаты компрессионного артродезирования голеностопного сустава в условиях гнойной инфекции в сочетании с костным матриксом. При компрессионном артродезировании голеностопного сустава имплантация костного матрикса с целью стимуляции остеогенеза способствует сокращению сроков и улучшению исходов лечения данной патологии.

В последние годы с целью артродезирования голеностопного сустава широкое распространение получили аппараты внеочаговой фиксации, которые создают стабильную фиксацию соединяемых костей на весь период лечения, обеспечивая необходимые условия для перевязок послеоперационной раны, санации сустава, особенно при посттравматических гнойных поражениях, и сращения костей в короткие сроки.

Одним из показаний к компрессионному артродезу является посттравматическое гнойное поражение голеностопного сустава, лечение которого представляет особую сложность. Наиболее приемлемым, на наш взгляд, ведущим методом артродезирования голеностопного сустава при данной патологии является компрессионный артродез аппаратом Илизарова. Однако и в условиях компрессионного артродеза в ряде случаев процесс консолидации резецированных поверхностей протекает медленно и требует стимуляции. С целью стимуляции консолидации костей мы пользуемся костным матриксом, который имплантируется в промежутки моделированных для артродеза костных поверхностей. Большим преимуществом костного матрикса является наличие у него выраженных остеиндуктивных и остеостимулирующих свойств. При артро-