

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

В.В. Бойко, Ю.В. Авдосьев, М.Ю. Сизый

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

Нами проведено лечение 15 больных с протяженными послеожоговыми стриктурами пищевода с использованием метода баллонной дилатации. У более 70% пациентов длина стриктуры превышала 8 см, что было выявлено рентгенологически, при этом, у большинства больных была III-IV степень дисфагии. Во время лечения у всех больных удалось значительно снизить степень дисфагии. В процессе проводимых баллонных дилатаций, было выяснено, что главной причиной непроходимости пищевода является не вся стриктура целиком, а ее основной ригидный участок наиболее высокой плотности, длина которого составляет не более трети от длины всей стриктуры.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пищевод, стриктура, дисфагия, баллонная дилатация

Стриктура пищевода развивается у 50-70% пациентов перенесших химический ожог пищевода, несмотря на обязательное в таких случаях медикаментозное лечение [3]. По данным [10] протяженные послеожоговые стриктуры пищевода (пПОСП) составляют около 90% всех послеожоговых стриктур пищевода. Все это обуславливает необходимость научного поиска и практической разработки новых методов лечения пПОСП на фоне развития современных технологий в медицине.

Сложность лечения протяженной стриктуры пищевода в значительной мере связана с ее длиной и, как правило, несколькими пораженными отделами пищевода. Применение основного лечебного метода для стриктур пищевода – бужирования – значительно усложняется при длинном, узком, извитом ходе стриктуры. Оперативное лечение протяженных стриктур пищевода требует зачастую тотальной пластики пищевода и остается одной из самых сложных областей хирургии, с одним из самых больших процентов осложнений и летальности [1]. В то же время, интенсивно развивается метод сегментарной пластики пищевода при его коротких (до 3 см) стриктурах [11].

Основным методом диагностики стриктуры по-прежнему выступает рентгенконтрастное исследование пищевода, благодаря которому и выявляются основные клинически-значимые параметры: длина стриктуры пищевода, диаметр сужения, наличие престенотического расширения и др. [2].

В последнее время интенсивно развивается метод альтернативного лечения стриктур пищевода – баллонная дилатация [4, 6]. Ранее этот метод применялся исключительно для лечения коротких стриктур пищевода [8]. Расширение показаний для применения баллонной дилатации пищевода, в условиях развития

новых медицинских технологий, позволит не только улучшить результаты лечения протяженных стриктур пищевода, но и предоставит дополнительную диагностическую информацию о состоянии стриктуры пищевода [5].

Возможности использования метода баллонной дилатации в хирургическом лечении пПОСП ранее не изучены.

Цель – показать возможность применения метода баллонной дилатации для лечения больных с пПОСП и особенно его диагностическую значимость для выявления неоднородности стриктуры и определения дальнейшей тактики лечения больных.

Научная работа выполнена в рамках темы: “Разработка профилактики и лечения полиорганной недостаточности в условиях травматической болезни на основе изучения желудочно-кишечных дисфункций и иммунных нарушений”, в рамках работы научного отдела патологии пищевода и желудочно-кишечного тракта института общей и неотложной хирургии АМНУ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведена баллонная дилатация у 15 пациентов с пПОСП. Среди пациентов было 8 мужчин и 7 женщин в возрасте от 15 до 81 года, средний возраст составлял около 45,6 лет.

Для дилатации применялись сосудистые баллонные катетеры фирм “Cook” и “Medi-tech”, все процедуры дилатации производились под рентгентелевизионным контролем с использованием ангиографического аппарата “Tridoras-Optimas-1000” фирмы Simens (ФРГ).

Рентгенологическая длина стриктуры, практически у всех пациентов была значительной, и часто захватывала два и более отделов пищевода (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по длинам стриктур

№	Рентгенологическая	Количество
---	--------------------	------------

	длина стриктуры	больных, %
1	<8 см	4 (27±12)
2	8-15 см	8 (53±13)
3	>15 см	3 (20±11)

(8 см – нами выбранный показатель длины, говорящий о гарантированном полном поражении одного из отделов пищевода, 8-15 – двух и более отделов пищевода, более 15 – субтотальное поражение пищевода).

У четырех из пятнадцати пациентов при обращении была полная дисфагия, у пяти проходила только жидкость, только шесть из пятнадцати пациентов могли как-то принимать пищу (табл. 2). Все пациенты были со сниженной массой тела, общее похудение в среднем составляло около 6 кг, а в отдельных случаях достигало более 20 кг.

Таблица 2

Диаметр самой узкой части стриктуры и степень дисфагии у больного до операции

№	Диаметр стриктуры до дилатации	Степень дисфагии	Количество пациентов
1	<0,3	IV	4
		III	3
2	0,3-0,5	III	2
		II	4
3	>0,5	I	2

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на приведенные выше рентгенологические длины стриктур нам удалось произвести дилатацию практически всех стриктур с применением баллонных сосудистых катетеров фирм «Cook» и «Meditech» длиной 4 и 6 см.

Уже с первых попыток дилатации у больных с пПОСП мы установили, что стриктура – неоднородное образование, состоит из нескольких частей, которые значительно отличаются плотностью – ригидностью. Чаще всего, даже большой длины рентгенологическая стриктура, содержит лишь один ригидный участок значительной плотности, и значительно меньший по длине, чем вся стриктура в целом. Встречаются также случаи раздельного поражения нескольких участков пищевода на значительном расстоянии друг от друга (табл. 3).

Таблица 3

Разбиение больных по длинам ригидных участков

№	Длина ригидной части стриктуры	Количество пациентов, %
1	0,5-1 см	4 (27±12)
2	1-4 см	8 (53±13)
3	4-5 см	3 (20±11)

Если сопоставить таблицы 1 и 3 то видно, что наибольшая длина ригидной части

пищевода не превышает общую длину стриктуры и составляет около 28,97%, то есть была меньше трети общей длины стриктуры.

Собственно на эти плотные, ригидные участки стриктур нами и производилось воздействие во время дилатации, позволившее в конечном счете добиться расширения стриктуры в целом.

Уже во время первой баллонной дилатации мы стремились достигнуть максимального расширения пищевода и нам удалось достигнуть следующих результатов (табл. 4).

Таблица 4

Первичная баллонная дилатация

№	Диаметр расширения пищевода, достигнутый дилатацией	Степень дисфагии после дилатации	Количество больных
1	<0,7 см	III	-
		II	2
2	0,7-1 см	II	2
		I	6
3	>1 см	I	5
		0	0

Таким образом видно, что больных с IV-й степенью дисфагии до дилатации было 4, III-й – 5, II-й – 4 и I-й – 2-е. Уже после первой попытки дилатации нам удалось достигнуть таких результатов: IV-я степень дисфагии – ни у одного больного, III-я – ни у одного больного, II-я степень дисфагии – у 4-х больных, I-я – у 11 больных. У больных появлялась или значительно улучшалась возможность перорального питания, они начинали поправляться и уже по выписке увеличение массы тела больных составило 1,5-2 кг.

Надо заметить, что мы не останавливаемся на достигнутом результате и, при необходимости, повторяем процедуру баллонной дилатации два или более раз, постепенно достигая максимального для данного больного диаметра пищевода.

У нас не было не одного случая перфорации пищевода, таким образом процедура баллонной дилатации выявляется также достаточно безопасной при лечении пПОСП.

ВЫВОДЫ

1. Баллонная дилатация может применяться для лечения протяженных послеожоговых стриктур пищевода, как достаточно безопасный метод с хорошими результатами.
2. Баллонная дилатация дает много дополнительной информации о

состоянии стриктуры пищевода, о наличии участков различной плотности и об их плотности. Благодаря этому, по результатам баллонной дилатации можно прогнозировать дальнейшее течение заболевания и выработать соответствующую тактику лечения.

3. Протяженная стриктура пищевода является неоднородным образованием, состоит из участков различной плотности, а максимально плотный участок, как правило, не превышает 3 см длиной. Последнее может быть важным для выбора дальнейшего метода лечения стриктуры, особенно учитывая развитие методов стентирования пищевода, а также развитие коротких сегментарных пластик пищевода.

Расширение показаний к применению баллонной дилатации пищевода при его рубцовой стриктуре, даст новые возможности для лечения пациентов с пПОСП и соответственно позволит улучшить качество лечения. Ценность диагностической информации предоставляемой баллонной дилатацией открывает новые перспективы для изучения и лечения этой патологии. Особенности неоднородности стриктур пищевода требуют более глубокого инструментального и морфологического изучения, что даст новые подходы в лечении пПОСП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиров А.А. // Вестник хирургии. - 2001. - Т. 160. - № 1. - С. 53-57.
2. Бутвин Г.К., Попко Й.М., Молдован В.И., и др. // Клиническая медицина. - 1972. - № 7. - С. 17-20.
3. Ванцян Э.Н., Тошаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. -М. - 1971.
4. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - № 5. - С. 73-78.
5. Кривченя Д.Ю., Дубровин А.Г., Алмский Г.Г. // Вестник хирургии. - 1992. - № 7-12. - С. 381-383.
6. Кривченя Д.Ю., Дубровин А.Г., Гуляева М.В. Диагностика и лечение ожогов пищевода у детей.- Практик. Руководство. -К.:Книга плюс. - 2001. - 46 с.
7. Майстренко Н.А., Човчун В.И. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1997. - Т. VII. - № 5. - С. 84-85.
8. Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Эндоскопическая // Terra Medica. - 1999. - № 2. - С. 42-46.
9. Никишаев В.И. // В кн. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Харьков. - 1994. - Т 1. - С. 31-32.
10. Ратнер Г.Л., Белоконев В.И. Ожоги пищевода и их последствия. -М.:Медицина. - 1982. - 160 с.
11. Черноусов А.Ф., Чернооков А.И., Ручкин Д.В., и др. // Хирургия. - 2002. - № 6. - С. 4-8.