

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТРИКТУР АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

К.Г. Утин, С.В. Яйцев, А.В. Важенин

*ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», г. Челябинск,
Челябинский областной онкологический диспансер*

При хирургическом лечении рака пищевода и желудка частота возникновения стенозов в области пищеводных анастомозов составила 14,4 %. Эндохирургический метод с использованием разработанных рассекателей-расширителей позволяет в 80 % случаев провести адекватную реканализацию под контролем зрения. В большинстве случаев для получения стойкого клинического эффекта требуется 1–2 курса эндоскопической дилатации по 3–5 сеансов бужирования каждый. Непосредственная эффективность предложенной методики эндоскопического бужирования составила 75,4 %, а отдаленная – 32,8 %. Основными причинами неудачной эндоскопической дилатации стенозов пищеводных анастомозов являются стеноз III–IV степени, обусловленный рецидивом опухоли в области анастомоза, или технические особенности формирования пищеводного соустья.

Ключевые слова: рак пищевода и желудка, стеноз, анастомоз, бужирование.

ENDOSCOPIC DILATATION OF ANASTOMOSIS STRICTURES IN SURGICAL TREATMENT OF GASTRO-ESOPHAGEAL CANCER

*K.G. Utin, S.V. Yatsev, A.V. Vazhenin
Chelyabinsk State Medical Academy*

The incidence of esophageal anastomosis stenosis after surgical treatment of esophageal cancer is 14.4 %. Endosurgical method using dilators allows the adequate recanalization under vision to be performed in 80 % of cases. Endoscopic dilatation with 3–5 sessions of bouginage is required in most cases to obtain persistent clinical effect. Short-term efficacy of endoscopic bouginage was 75.4 % and long-term efficacy was 32.8 %. Stage III–IV stenosis caused by tumor recurrence in the anastomosis area or technical problems during formation of esophageal anastomosis are the main reasons of failures in endoscopic dilatation of esophageal anastomosis stenosis.

Key words: esophageal and gastric cancers, anastomosis stenosis, bouginage.

Важной проблемой, влияющей на результаты лечения и качество жизни больных, оперированных по поводу рака пищевода и желудка, являются стенозы пищеводных анастомозов [3, 4]. Частота развития стриктур анастомозов после пластики пищевода желудочной трубкой, толстой и тонкой кишкой, варьирует и составляет, по данным различных авторов, от 3 до 37 % [1, 2]. Это значительно снижает качество жизни таких пациентов вследствие нарастающей дисфагии. Устранение данного синдрома является главной задачей лечения независимо от наличия опухолевой или неопухолевой природы возникшего осложнения.

Цель исследования – оптимизация лечения больных раком пищевода и желудка со стенозами, возникающими после хирургического вмешательства, с помощью методов эндоскопической хирургии.

Материалы и методы

В исследование включено 658 больных, оперированных по поводу рака пищевода и рака желудка, у 95 (14,4 %) пациентов были выявлены стенозы. В качестве метода реканализации стенозов пищеводных анастомозов была использована эндоскопическая методика рассечения-расширения бужами оригинальной конструкции. Нами разработана оригинальная конструкция рассекателя-расширителя с продольным направлением режущих ребер для проведения реканализации стеноза анастомозов (рис. 1). Аппарат представляет собой стержень с шестью продольно направленными режущими ребрами. Он изготовлен из нержавеющей высоколегированной стали, стойкой к воздействию агрессивных веществ, применяемых при санитарной обработке. Всего имеется семь возрастных размеров рассекателей-расширителей – от № 4 (диаметр 3,5 мм) до № 10 (диаметр 10 мм).

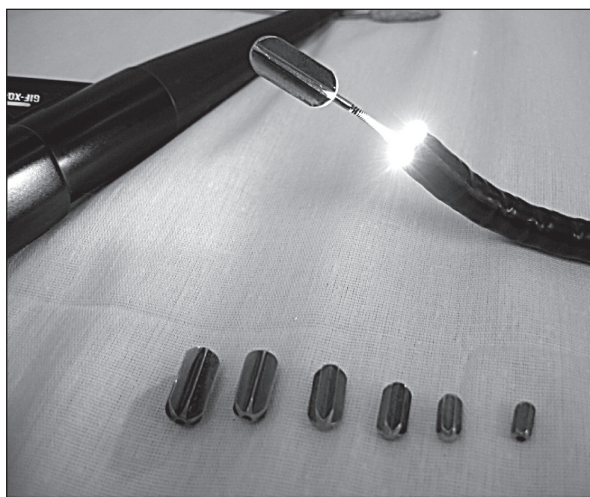


Рис. 1. Набор эндоскопических рассекателей-расширителей для проведения реканализации пищеводных стенозов в области анастомозов

В отличие от других модификаций бужей, наша модель предназначена для дозированного рассечения ткани в шести равноудаленных точках окружности. За счет увеличения диаметра бужа происходит постепенное расширение стенозированного участка в ширину, поэтому мы назвали их рассекателями-расширителями (рац. предл. № 211, регистр. ЧелГМА от 01.11.04).

Разработанный способ эндохирургического рассечения-расширения под контролем зрения может применяться в следующих клинических ситуациях:

- при рубцовых стенозах пищеводных анастомозов 1–4-й степени после оперативных вмешательств по поводу рака пищевода и желудка;
- при опухолевых стенозах 2–4-й степени у больных раком пищевода для проведения интратата для брахитерапии рака пищевода (Патент РФ на изобретение № 2286724).

Результаты и обсуждение

В большинстве изучаемых случаев анастомозы были сформированы по методике Сигала по типу «конец в конец» или «конец в бок» в различных вариантах. С наложением дополнительных швов, т.е. с «укутыванием» анастомоза, в 69,8 % случаев, без «укутывания» – в 28,0 %, и в 2,2 % случаев анастомоз формировали с помощью аппарата ПКС-25. При формировании эзо-

фаго-еюноанастомоза (ЭЕА) сужение анастомоза наступило у 30 из 505 (5,9 %) пациентов. После гастрэктомии и гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода рубцовые стенозы в области анастомозов выявлены в 5,5 % и 6,7 % случаев соответственно. При формировании эзофаго-гастроанастомоза (ЭГА) стенозы пищеводных соустьев возникли у 39 пациентов из 153 (25,5 %) радикально прооперированных пациентов. Частота стенозов находилась в прямой зависимости от количества проведенных операций, наиболее часто стенозы встречались после резекции нижней трети пищевода с пластикой по Льюису или Гарлоку (38,7 %). Наименьшая частота стенозов после радикальных хирургических вмешательств была выявлена при гастрэктомии – 5,5 % ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что количество проведенных операций по типу Гарлока и Льюиса было наименьшим в исследовании, частота стенозов при которых превышает все остальные. Это, по-видимому, связано с небольшим опытом хирургов в проведении данного объема оперативного вмешательства и его определенной технической сложностью.

Формирование пищеводных анастомозов в грудной и брюшной полостях проводилось различными методами. Чаше происходило стенозирование интраплевральных анастомозов. Наименьшее количество сужений было при внеплевральном анастомозе по типу «конец в конец» – 7,4 %, наибольшее (20,7 %) – при наложении внутривплевральных анастомозов. Стремление хирургов избежать несостоятельности формируемого соустья привело к разработке методики «укутывающего» анастомоза, которая требует наложения дополнительных швов. Однако это явилось еще одной причиной увеличения количества стенозов в зоне вмешательства. Данная методика восстановления пищеварительной трубки применялась у 19 пациентов, при этом при формировании ЭГА по Сигалу с «укутыванием» стенозы возникли у 14 (35,9 %), при ЭЕА – у 5 больных (16,7 %).

Наиболее часто рубцовые стенозы возникали в течение 2 мес после радикальной операции, их диаметр равнялся 3–5 мм (44,9 %). Дисфагия, появившаяся сразу после хирургического вмешательства, в сроки от 1 до 4 нед, по нашему мнению, говорит о технических погрешностях

формирования анастомоза. Больные, перенесшие тяжелую операцию, в раннем послеоперационном периоде не имеют возможности энтерального питания ввиду выраженной дисфагии. Хирурги объясняют такие изменения отеком, воспалительной инфильтрацией в области вмешательства. Когда проходит достаточное время (около 3–4 нед), все объясняется рубцовым сужением, что далеко не так. Технически неправильно сформированный анастомоз не может нормально пропускать пищевой комок, а иногда даже жидкость. Отсутствие нормальной проходимости в ближайшем послеоперационном периоде приводит к застою пищевых масс, что, в свою очередь, ведет к размножению бактериальной флоры, а уже потом к выраженным воспалительным изменениям и вторичному рубцеванию [5]. Такие больные очень тяжело поддаются бужированию, даже по ускоренной методике. В нашем исследовании было 5 (7,2 %) пациентов, у которых ранний послеоперационный период осложнился выраженным стенозом анастомоза. Только у 2 (2,9 %) нам удалось восстановить проходимость анастомоза, причем у одного из них через неделю наступил рестеноз, и ему выполнили реконструктивную операцию.

Стенозы, возникшие в срок от 1 до 6 мес после оперативного вмешательства, составляют большую часть наблюдений – 59,4 %, а в период от 6 мес до 1 года и позднее – 23,2 %. По нашему мнению, стенозирование в зоне анастомоза в эти сроки действительно свидетельствует о появлении рубцовых изменений. Однако стенозы пищеводных соустьев в поздние сроки зачастую вызывают подозрение врачей в отношении развития рецидива опухоли, и далеко не всегда по результатам эндоскопических и рентгенологических исследований, а также по клинической картине удается однозначно определить истинную причину, вызвавшую указанные изменения, даже неоднократная биопсия из места стеноза не позволяет с большой точностью верифицировать диагноз. Как правило, эти стенозы соответствуют 3–4-й степени сужения. В этом случае проводили бужирование по ускоренной методике, пытаясь восстановить проходимость стенозированного участка [4, 6].

Критериями эффективности эндоскопического лечения стенозов в области анастомозов

являются клинические, рентгенологические, эндоскопические данные, а также количество и частота повторных сеансов и курсов бужирования. Существующая классификация Э.А. Годжелло, Ю.И. Галлингера (2000), по нашему мнению, не совсем отражает динамику изменений, происходящих в области стеноза, и основывается на результатах эндоскопического исследования. Поэтому мы решили предложить на обсуждение следующий вариант клинической рентгено-эндоскопической классификации результатов лечения стенозов пищеводных анастомозов с учетом всех данных диагностических методов:

«Отличный результат»:

1. Прохождение любой пищи через анастомоз без ограничений, отсутствие дисфагии.
2. Диаметр анастомоза – 12–14 мм.
3. Проводилось 3–5 сеансов эндохирургического вмешательства (ЭВ) за курс.
4. Рестеноз не возникал (или возникал в сроки после проведения последнего ЭВ через 6 мес и более).
5. Всего проведено 1–2 курса ЭВ.

«Хороший результат»:

1. Прохождение любой пищи, появление эпизодической дисфагии, не связанной со стенозом анастомоза (за счет спазма).
2. Диаметр анастомоза около 10–12 мм.
3. Проводили по 5–7 сеансов ЭВ за курс.
4. Рестеноз возникал через 3–6 мес.
5. Проводили 2–3 курса ЭВ.

«Удовлетворительный результат»:

1. Возникновение ограничений в приеме твердой или полутвердой пищи, периодически возникающая дисфагия I–II степени.
2. Диаметр анастомоза – 8–10 мм.
3. Проводили по 5–7 сеансов ЭВ за курс.
4. Рестеноз возникал через 1–3 мес.
5. Проводили до 4 курсов ЭВ.

«Плохой результат»:

1. Возникновение дисфагии II–IV степени.
2. Диаметр сужения анастомоза до 1–7 мм.
3. Проводили 7 сеансов ЭВ за курс.
4. Быстро возникающий рестеноз в течение 1–4 нед.
5. Проводили по 4 курса ЭВ в течение месяца.

В представленной классификации мы постарались отразить наиболее важные аспекты в

Таблица

**Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической коррекции
рубцовых стенозов пищеводных анастомозов**

Результат	Отличный (12–14 мм)	Хороший (10–12 мм)	Удовлетворительный (8–10 мм)	Плохой (без эффекта)
Непосредственный	20 (29,0 %)	32 (46,4 %)	12 (17,4 %)	5 (7,2 %)
Отдаленный	7 (16,3 %)	20 (46,5 %)	12 (27,9 %)	4 (9,3 %)

диагностике и эндоскопическом лечении больных с рубцовыми стенозами. Предложенный вариант классификации не противоречит ранее существовавшему, тогда как ее практическое применение поможет в оценке результатов любых методик эндохирургического лечения стенозов пищеводного соустья как рубцовой, так и опухолевой этиологии.

Применение вышеописанной модификации бужей при лечении стенозов пищеводных анастомозов позволяет в 55,0 % случаев добиться полного клинического эффекта, обычно требовалось от 3 до 5 сеансов бужирования на курс. В большинстве случаев (73,9 %) положительный исход был получен при проведении 1–2 курсов эндоскопического лечения. Непосредственные «отличные» и «хорошие» результаты бужирования получены у 75,4 %, отдаленные – у 32,8 % пролеченных больных (таблица). Серьезных осложнений эндоскопической реканализации, потребовавших хирургического вмешательства, таких как перфорация, массивное кровотечение, не отмечено. Некоторая кровоточивость непосредственно после проведения процедуры наблюдалась у всех пациентов, но это не приводило к тяжелым последствиям.

Из 95 радикально оперированных больных раком пищевода и желудка со стенозами в области анастомоза неудачные попытки реканализации были у 19 пациентов (20,0 %). Основными причинами неудачной эндоскопической дилатации стенозов пищеводных анастомозов являлись либо стеноз, обусловленный рецидивом опухоли в области анастомоза, либо технические особенности формирования соустья (нарушение оси сшиваемых органов, избыточное «укутывание» анастомоза и другие погрешности).

Подозрение на рецидив или инфильтративный продолженный рост опухоли в области анастомоза было у 11 больных, из них стеноз

анастомоза II степени возник у 4 пациентов, III степени – у 3, IV степени – у 4 больных. В 8 случаях (72,7 %) опухолевая природа стеноза подтверждена гистологически, в 3 – рецидив опухоли не был верифицирован. Чаще всего, в 75,0 % случаев, продолженный рост опухоли наблюдался в сроки от 1 до 3 мес после операции. Наиболее часто выявлялась аденокарцинома, в 2 случаях – плоскоклеточный рак, в одном – недифференцированный рак.

У таких больных отсутствует положительная динамика при проведении бужирования, а метод начального расширения – взятие ткани форцептом по периферии сужения – неэффективен. Подготовка анастомоза к бужированию путем удаления по периферии самой плотной ткани проводилась неоднократно (до 5–7 раз), однако больные не отмечали улучшения энтеральной проходимости как после первых, так и после последующих сеансов бужирования. Даже при некотором положительном начальном эффекте при ускоренной методике бужирования быстро возникал рестеноз. Восемью пациентам (72,7 %) проводилось 9 и более сеансов бужирования. В 4 случаях (36,3 %) при начальном эффекте, полученном в течение 3 сут при ускоренной методике, когда просвет анастомоза удалось довести до 5–6 мм, снова наступал рестеноз IV степени. Повторные операции по поводу рецидива или продолженного опухолевого роста были выполнены 3 больным (27,3 %). В остальных случаях хирургическое лечение не проводилось из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелого общего состояния пациентов.

У 4 (5,8 %) больных после субтотальной резекции пищевода с одномоментной пластикой большой кривизной желудка с формированием шейной гастростомы нам также не удалось провести бужирование из-за трудностей эндоскопической визуализации и ограничения

технических возможностей эндоскопа. В этом случае причиной неудач бужирования, по нашему мнению, являются не только «провисание» петли пищевода за счет избыточной его длины, но и эксцентричное расположение анастомоза при формировании его по типу «конец в бок». Поэтому при подобных осложнениях целесообразнее сразу рекомендовать повторное оперативное вмешательство.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают необходимость раннего эндоскопического контроля после проведенного радикального хирургического лечения по поводу гастро-эзофагеального рака. Если выявляется стеноз I–IV степени в области соустья, необходимо проводить эндоскопическое лечение, с одновременным взятием биопсии из зоны стеноза независимо от сроков, прошедших после операции. При рубцовом стенозе анастомоза оптимальным является проведение 1–2 курсов бужирования. В большинстве случаев для получения стойкого клинического эффекта требуется 3–5 сеансов бужирования. Отсутствие осложнений, дешевизна и простота методики с использованием рассекателей-расширителей у больных с рубцовыми стенозами позволяют с успехом применять данный метод в амбулаторных условиях.

При наличии рецидива опухоли в области анастомоза или технических особенностей

сформированного соустья проведение бужирования в самостоятельном варианте неэффективно. При наличии шейной гастростомы эффективность проведения эндоскопического лечения рубцовых стриктур сомнительна, так как часто нарушена соосность сшиваемых органов, что не позволяет не только провести какое-либо вмешательство, но и даже осмотреть анастомоз. В таких случаях, если позволяет общее состояние пациента, необходимо проводить другие методы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Эндоскопическая хирургия рубцовых стриктур пищеводных анастомозов // Эндоскопическая хирургия. 1997. № 3. С. 29–33.
2. Годжелло Э.А. Лечение рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов с использованием гибких эндоскопов // Вестник РАМН. 1998. № 6. С. 36–39.
3. Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктур пищеводных анастомозов после эзофагопластики // Хирургия. 1998. № 6. С. 26–28.
4. Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Стилиди О.Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2, № 3. С. 72–78.
5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Бужирование пищевода при рубцовых ожоговых стриктурах // Хирургия. 1998. № 10. С. 25–28.
6. Wildi S.M., Cox M.H., Clark L.L. et al. Assessment of health state utilities and quality of life in patients with malignant esophageal Dysphagia // Am. J. Gastroenterol. 2004. Vol. 99, № 6. P. 1044–1049.

Поступила 4.04.07