

УДК 616.329-089.844

Е.А. Дробязгин*, Ю.В. Чикинев*, А.В. Кутепов,
А.В. Коробейников**, И.В. Беркасова****

E-mail: evgenyidrob@inbox.ru

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

* Новосибирский государственный медицинский университет;

** ОГУЗ «Новосибирская государственная областная клиническая больница»

Стриктуры пищеводных анастомозов после эзофагопластики являются одним из наиболее часто встречающихся осложнений в послеоперационном периоде. Данная категория пациентов является наиболее сложной в лечении, поскольку реконструктивные операции при возникновении стеноза из-за выраженного спаечного процесса в зоне анастомоза наиболее трудны и результаты оперативного лечения не всегда приносят должный эффект. Лечение стенозов анастомозов на шее после различных видов эзофагопластики является достаточно сложной

задачей для специалистов: близость анастомоза к входу в пищевод либо их локализация в глотке, эксцентричное расположение анастомоза ввиду особенностей операции.

По данным разных авторов, частота возникновения стриктур анастомозов, находящихся на уровне глотки и шейного отдела пищевода, широко варьирует. После пластики пищевода желудочной трубкой сужения анастомозов на шее возникают от 3 до 42% наблюдений [1-9]. После пластики пищевода толстой кишкой стриктуры анастомозов на шее возникают в 11,7-27,5% случаев [10; 2-3; 11; 5], после тонкокишечной пластики – в 25,9% случаев [12].

Для восстановления нормального пассажа пищи у больных со стенозами пищеводных анастомозов применяют как хирургические, так и эндоскопические методы лечения [2-3; 13-15; 9]. Это зависит от характера стеноза, типа наложения анастомоза, опыта и возможностей лечебного учреждения [3; 13; 14-16].

В клинике кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета выполнено 120 эзофагопластик при раке и доброкачественных заболеваниях пищевода. Из них экстирпаций пищевода с пластикой желудочной трубкой – 54 пациентам, экстирпации пищевода с пластикой левой половиной ободочной кишки – 11 пациентам, субтотальная шунтирующая эзофагоколонопластика выполнена 55 пациентам. Также под наблюдением находилось 5 пациентов после

пластики правой половиной толстой кишки с частью подвздошной кишки и тонкокишечной пластики.

У 50 пациентов возник стеноз анастомоз пищевода. Из них мужчин – 24, женщин – 26 в возрасте от 16 до 73 лет. Со стенозом эзофагогастроанастомоза проходили лечение 22 пациента, со стенозом эзофагоколоноанастомоза – 23 пациента, со стенозом колоногастроанастомоза – 5 пациентов (из них у 3 – сочетание стеноза эзофагоколоно- и эзофагогастроанастомоза), со стенозом эзофагоэнтероанастомоза – 3 пациента.

В наших наблюдениях все пациенты предъявляли жалобы на затруднения, возникающие во время приема пищи. Степень выраженности дисфагии была различной – от частичной до полной. При оценке затруднений при приеме пищи по шкале Bown дисфагия выраженностью 1 балл была выявлена у 3 пациентов, 2 балла – у 19, 3 балла – у 25; 4 балла – у 3 больных.

У 16 больных были жалобы на желчный рефлюкс, особенно в ночное время. При этом рефлюкс имел место как после гастропластики, так и после колонопластики. Значительно реже (7 пациентов) отмечались жалобы на заброс кислого содержимого. При этом у 3 пациентов были жалобы на заброс пищи в ротовую полость даже через 3-4 часа после приема пищи, 6 пациентов жаловались на боли и чувство жжения за грудиной, в том числе и во время прохождения пищевого комка по пищеводу, иногда отрыжку воздухом, что было обусловлено либо сопутствующим рефлюкс-эзофагитом, либо спастическими сокращениями пищевода при попытке глотания. У трех пациентов были жалобы на расстройства стула. У 10 пациентов имели место признаки демпинг-синдрома, который характеризовался возникновением слабости, холодным потом после приема пищи. Как правило, данное состояние проходило самостоятельно через 15-20 минут после возникновения.

По нашим данным, у большинства пациентов (26) затруднения после приема пищи возникли в течение первых шести месяцев после операции, из них у 12 – в течение первых 2-3 месяцев, а у 14 – в течение первого месяца. 9 пациентов отметили явное нарушение прохождения пищи через 7-12 месяцев после операции. Оставшиеся пациенты отметили появление дисфагии в различные сроки (от 1 года до 35 лет).

Из 50 больных со стриктурами пищеводных анастомозов, которым выполнена эзофагопластика, у 2 были рубцовые стриктуры пищевода или глотки выше наложенного анастомоза, которые не были распознаны и скорректированы во время основного оперативного вмешательства. Из общего числа больных у 15 пациентов была функционирующая гастростома, наложенная до пластики пищевода, у 12 больных ранее наложен гастроэнтероанастомоз. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы

имелись у 12 пациентов, органов дыхания – у 10, мочеполовой системы – у 3 больных.

Для уточнения характера и степени выраженности сужения перед выполнением фиброэзофагоскопии проведена рентгеноскопия пищевода. При этом полная облитерация анастомоза (по рентгенологической картине) имела место у 2 пациентов. Имелись следы контрастного вещества в глотке, туго заполнен участок собственно пищевода, в нижележащие отделы поступления контраста нет. Чаще всего (в 46 случаях) при рентгенологическом исследовании анастомозы располагались по центру, но в ряде случаев (у 4 пациентов) они были расположены эксцентрично, отклонены от продольной оси, что приводило к образованию изгиба поданастомотического участка трансплантата. На момент первичного обращения к нам в клинику при рентгеноскопии сужение анастомоза до 1 см в диаметре выявлено у 5 пациентов, от 0,9 см до 0,7 см – у 13 пациентов, от 0,6 до 0,3 см – у 20 пациентов, менее чем 0,2 см – у 5 пациентов. Расширение наданастомозного участка пищевода выявлено у 7 пациентов. У 7 пациентов при рентгеноскопии искусственного пищевода сужения анастомоза не выявлено.

При эндоскопическом исследовании (первичное обращение): стеноз 1-й степени – у 4 пациентов, 2-й степени – у 12 пациентов, 3-й степени – у 24 пациентов, 4-й степени – у 10 пациентов. Таким образом, только у 4 из 50 пациентов удалось провести среднекалиберный гастроскоп ниже участка сужения. Слизистая в зоне анастомоза у 24 пациентов была розовая, гладкая. Налеты фибрина выявлены у 6 пациентов, гиперемия слизистой на фоне выраженного сужения, отечность и ранимость слизистой в зоне анастомоза (признаки анастомозита) – у 5 пациентов. У 5 больных выявлены лигатуры в зоне анастомоза (от 1 до 3). У остальных пациентов имели место рубцовые изменения слизистой в зоне анастомоза.

У 3 пациентов просвет анастомоза имел неправильную форму за счет вовлечения в рубцовый процесс одной из стенок. При наличии полной облитерации просвета пищевода (у 2 пациентов) место расположения анастомоза определяли только по конвергенции складок слизистой.

Просвет пищевода над анастомозом у большинства пациентов не был изменен, но престенотическое расширение отмечалось у 6 пациентов, супрастенотическая деформация выявлена у 1 пациента, у 2 – выраженный перегиб поданастомозного отдела. Слизистая пищевода над анастомозами после эзофагопластики, как правило, была визуально не изменена, имела бледно-розовую окраску и гладкую поверхность.

По данным диагностического эндоскопического исследования, было установлено, что у всех пациентов со стриктурами анастомозов они располагались в области глотки, входа в пищевод или на 1,5-2 см ниже глоточно-пищеводного перехода, что делало

выполнение эндоскопических вмешательств наиболее сложным. У 5 пациентов, проходивших эндоскопическое лечение, имело место сужение колоногастроанастомоза, при этом у 3 из них было сужение двух анастомозов.

Протяженность стриктур анастомозов была невелика, ее определяли после проведения эндоскопа через зону сужения: у 44 пациентов она варьировала от 3 мм до 1 см, у 6 пациентов – от 1 до 2 см.

Всего пациентам выполнено 341 эндоскопическое вмешательство. Основным методом лечения стенозов пищеводных анастомозов являлось его бужирование по струне-проводнику. Эта методика использована у 43 пациентов. При этом только у 9 пациентов удалось установить струну в искусственный пищевод после проведения аппарата ниже суженного анастомоза. В остальных случаях (41) использовались педиатрический гастроскоп, бронхоскоп, или струна проводилась при положении аппарата над суженным анастомозом. Провести струну с первой попытки удалось у 43 пациентов. Проведение струны под рентген-контролем у 7 пациентов предпринято через 1-2 дня после первой попытки.

Для расширения анастомоза использовались бужы Savary-Gilliard № 14 – 40. Эндоскопические вмешательства выполнялись с интервалом 1-2 дня. Количество сеансов бужирования колебалось от 1 до 6. При этом методика форсированного бужирования использовалась у 3 пациентов. В остальных случаях за один сеанс проводилось по нарастающей не более 3-4 бужей. Перфорации анастомоза, искусственного пищевода не было.

Дилатация анастомоза на шее как метод лечения стеноза без бужирования использована у 7 пациентов после проведения бужирования у 15 пациентов (8 пациентов после эзофагогастропластики, 7 – после эзофагоколонопластики). Для выполнения дилатации использовались баллонные дилататоры Wilson Cook с диаметром 10-20 мм, проводимые через канал эндоскопа (у 5 пациентов) или по направляющей струне (у 17 пациентов). Экспозиция баллона составляла 2-3 минуты при давлении 1,5-3 атм. Количество сеансов дилатации – от 2 до 4. Осложнений при проведении дилатации не отмечено.

Повторные курсы эндоскопического лечения потребовались 26 пациентам в сроки от 2 недель до 1 года с момента окончания первого курса лечения. У 49 пациентов в ходе эндоскопического лечения (у 5 – длительного – более 1 года) удалось добиться стабилизации просвета в зоне анастомоза. Пациенты обследованы в срок до 5 лет после окончания лечения. Просвет в зоне анастомоза – 13-14 мм, свободно проходимый для аппарата. Жалоб на затруднения при глотании твердой пищи не предъявляют.

Реконструкция анастомоза выполнена 1 пациенту после эзофагоколонопластики. Показанием к операции являлись: частый рецидив стеноза после проведения эндоскопического лечения (1 раз в 1,5-

2 месяца в течение 1 года), выраженные затруднения при глотании любой пищи, выраженная ригидность анастомоза. Интраоперационно после выделения анастомоза из рубцов через участок сужения проведена струна, выполнено бужирование анастомоза бужами № 18-36 Savary. Далее выполнено продольное рассечение анастомоза длиной около 3 см и затем ушивание анастомоза в поперечном направлении двумя рядами швов (внутренний – непрерывный, наружный – одиночные узловые швы) – по типу «в три четверти».

Таким образом, эндоскопические методы лечения при сужениях пищеводных анастомозов являются эффективными, позволяя в кратчайшие сроки восстановить проходимость соустья без применения «открытого» вмешательства. На наш взгляд, оперативное лечение данной категории пациентов показано при отсутствии эффекта от проведения эндоскопических методик лечения в течение не менее 1 года с момента возникновения стеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов Ф.А. Сравнительная оценка методов формирования ручных пищеводно-желудочных анастомозов на шее при пластике пищевода: Дисс... канд. мед. наук: 14.00.27/ Научный центр хирургии РАМН. – М., 1999.
2. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. – Москва, 1999. – 273 с.
3. Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Эндоскопическое лечение стриктур пищеводных анастомозов. – Москва, 2006. – 152 с.
4. Barba C.A., Butensky M.S., Lorenzo M., Newman R. Endoscopic dilation of gastroesophageal anastomosis stricture after gastric bypass. Surg. Endosc. 2003 Mar; 17(3):416-20. Epub. 2002 Dec 4.
5. Lee Y., Fujita H., Yamana H., Kakegawa T. Factors affecting leakage following esophageal anastomosis. Surg. Today. 1994; 24(1):24-9.
6. Chen P.C. Endoscopic balloon dilation of esophageal strictures following surgical anastomoses, endoscopic variceal sclerotherapy, and corrosive ingestion. Gastrointest. Endosc. 1992 Sep-Oct; 38(5):586-9.
7. Donington J.S. Functional conduit disorders after esophagectomy. Thorac. Surg. Clin. 2006 Feb; 16(1):53-62.
8. Orringer M.B., Marshall B., Chang A.C., Lee J., Pickens A., Lau C.L. Two thousand transhiatal esophagectomies: changing trends, lessons learned. Ann. Surg. 2007 Sep; 246(3):363-72; discussion 372-4.
9. Williams V.A., Watson T.J., Zhovtis S., Gellersen O., Raymond D., Jones C., Peters J.H. Endoscopic and symptomatic assessment of anastomotic strictures following esophagectomy and cervical esophagogastrostomy. Surg. Endosc. 2008 Jun; 22(6):1470-6. Epub 2007 Nov 20.
10. Андрианов В.А. Толстокишечная пластика при протяженных рубцовых стриктурах пищевода и глотки. Дисс... докт. мед. наук: 14.00.27 // Научный центр хирургии РАМН. – М., 1991.
11. Ludington L.G., Lui A.H., Jones J.L. Esophagocolic Anastomotic Stricture Repaired Twelve Years after Original Interpositoin // Chest. – 1976. – Vol. 70, № 1. – P. 78-79.
12. Shimada S., Honmyo U., Hayashi N., Matsuda M., Ogawa M. Successful new treatment for intractable cervical esophageal stenosis of a jejunal segment transpositioned with a

- vascular anastomosis: report of a case. Surg. Today. 2002; 32(11):996-9.
13. Ikeya T., Ohwada S., Ogawa T., Tanahashi Y., Takeyoshi I., Koyama T., Morishita Y. Endoscopic balloon dilation for benign esophageal anastomotic stricture: factors influencing its effectiveness. Hepatogastroenterology. 1999 Mar-Apr; 46(26):959-66.
 14. Piotet E., Escher A., Monnier P. Esophageal and pharyngeal strictures: report on 1,862 endoscopic dilatations using the Savary-Gilliard technique. Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2008 Mar; 265(3):357-64. Epub. 2007 Sep 26. Review.
 15. Polese L., Angriman I., Bonello E., Erroi F., Scarpa M., Frego M., D'Amico D.F., Norberto L. Endoscopic dilation of benign esophageal strictures in a surgical unit: a report on 95 cases. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2007 Dec; 17(6):477-81.
 16. Szentkereszty Z., Szegedi L., Boros M., Sz Kiss S., Gál I., G Kiss G., Sápy P. Balloon dilatation of cervical anastomosis stricture after subtotal resection of the esophagus. Orv. Hetil. 2006 Dec 17; 147(50):2421-3.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF ESOPHAGEAL STRICTURES ANASTOMOSES AFTER ESOPHAGOPLASTY

**Ye.A. Drobyazgin, Yu.V. Chikinev, A.V. Koutepov,
A.V. Korobeinikov, I.V. Berkasova**

SUMMARY

Data of endoscopic treatment of 50 patients with stenosis esophageal anastomosis after esophagoplastic for benign diseases of the esophagus. Methods anastomotic bougieurage of the string, balloon dilatation of anastomosis, and their combination were used. Using these methods of treatment allowed to complete treatment without reconstruction of anastomosis in 49 patients. In 1 patient, endoscopic therapy was effective. Reconstruction of anastomosis of «three quarters» type was performed.

Key words: esophagoplasty, artificial esophagus diseases, endoscopy, bougienage.