

© В. Л. Белевич, Д. В. Овчинников, 2013
УДК 616.329-007.271-089

В. Л. Белевич, Д. В. Овчинников

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Кафедра общей хирургии (нач. — проф. С. Я. Ивануса), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: пищевод, стриктура, стеноз анастомоза, лечение

Введение. В структуре заболеваемости патология пищевода имеет небольшой удельный вес, но её социальная значимость определяет актуальность проблемы. Клиническая манифестация дисфагических проявлений быстро и значимо снижает качество жизни пациентов [7].

Химические ожоги пищеварительного тракта и их последствия в структуре заболеваний пищевода у взрослых занимают второе место, уступая только раку пищевода, и лидируют у детей. У 70% пациентов с ожогом пищевода в последующем развивается стриктура. Также в настоящее время увеличивается частота пептических стриктур, как осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). После наложения пищеводных соустьев их стриктура развивается в 3–42%. В диагностике заболеваний пищевода ведущую роль занимают эндоскопические и рентгенографические методы исследования [2, 4, 6, 10].

Основные методы лечения стриктуры и стеноза пищевода — это бужирование, баллонная дилатация и электрорассечение. Наиболее резистентны к терапии протяженные послеожоговые стриктуры, требующие 10–25 процедур (1–2 курса) реканализации, средние — 9 процедур, а короткие — 5 процедур [7, 10]. В целом отличные результаты дилатаций получают в 76,2% случаев, при этом пептические стриктуры и стенозы анастомозов поддаются дилатации лучше,

а послеожоговые — более устойчивы к терапии. Отдаленные результаты (через 1 год после окончания лечения) несколько хуже — 62,8%. У $3/4$ пациентов длительность лечения составляет до 24 мес [3, 6].

Установка саморасширяющихся стентов для лечения доброкачественных стриктур пищевода рекомендуется на непродолжительный промежуток времени — от 2 до 4 мес, так как в дальнейшем повышается частота перфорации, прогрессирующая стриктуры и миграции стента [11].

В дополнение к бужированию предлагается проведение курсов гипербарической оксигенации (ГБО). В эксперименте показано положительное влияние ГБО на течение местных регенерационных процессов в стенке органа при ожоге I–II степени и отсутствие влияния при более тяжелых повреждениях [8].

Частота перфораций пищевода составляет 0,1–4%, кровотечения наблюдаются в 0,5–4% случаев, летальность при консервативном лечении не превышает 0,01–0,5% [3, 6, 7, 9]. В сформировавшейся стриктуре пищевода частота малигнизации на 2–3 порядка выше, чем в популяции, и по некоторым данным составляет до 3,2% [1, 9].

Неэффективность консервативного лечения, высокий риск малигнизации (пищевод Барретта, стенозирующий пептический эзофагит), а также возникшие в ходе лечения осложнения определяют показания к выполнению различных видов эзофагопластики. Исходя из накопленного опыта лечения данной категории больных, оперативные

Сведения об авторах:

Белевич Валерий Леонтьевич (e-mail: val-belevich@yandex.ru), Овчинников Дмитрий Валерьевич (e-mail: dv.ovchinnikov-vma@mail.ru), кафедра общей хирургии, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

вмешательства выполняются у 7,2–50% по поводу ожоговой стриктуры пищевода и только у 2–4,3% при стенозах анастомоза [2, 3, 5, 7]. Результаты оперативного лечения в настоящее время трудно признать удовлетворительными, поскольку летальность, по данным ряда авторов, достигает 25–40%, осложнения развиваются в 3–60,6% случаев, а показания к выполнению повторных операций возникают у 20% больных [4, 7].

Материал и методы. В клинике общей хирургии ВМедА с 1989 г. до настоящего времени находились на лечении 128 пациентов с доброкачественными стенозами пищевода и его анастомозов. 102 (79,7%) из них мужчины и 26 (20,3%) — женщины. Средний возраст составил (45,4±0,15) года (женщины — 48,3±0,2 года; мужчины — 44,6±0,2 года), возрастной интервал 18–82 года (женщины: 33–67 лет; мужчины: 18–82 года).

У мужчин доброкачественные стриктуры пищевода встречались в 4 раза чаще, чем у женщин. Стеноз вследствие гастроэзофагеального рефлюкса регистрировался в более старших возрастных группах — (41,5±0,2) года, чем вызванный химическими ожогами — (39,1±0,16) года.

У 77 (60,2%) пациентов причиной дисфагии были последствия химических ожогов пищевода. В 15 случаях (11,7% от всех послеожоговых стриктур) ожоги явились следствием преднамеренного употребления заведомо агрессивной жидкости с целью суицида или членовредительства. Среди химических агентов преимущественно встречаются широко распространённые в быту вещества: уксусная эссенция, аккумуляторные жидкости, жидкости для сантехники («Крот» и т. п.), кристаллические карбид кальция и перманганат калия. Второе место по частоте занимает дисфагия, вызванная стенозами пищеводных, пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов. На их долю приходится 33 (25,8%) пациента. У 12 (9,3%) пациентов развитие рубцовых стриктур пищевода явилось следствием эндогенных факторов, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди прочих причин в наших наблюдениях отмечены термические и лучевые поражения пищевода у 6 (4,7%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Стриктуры локализовались в верхней трети пищевода в 17,2% случаев, в верхней и средней третях — в 8,6%, в средней — в 25,8%, в средней и нижней — в 14,0%, в нижней трети — в 28,9% и тотальные — в 5,5% случаев. Четкая зависимость между уровнем поражения и обстоятельствами получения травмы прослеживается только для тотальных и протяженных поражений пищевода: во всех случаях едкое вещество было принято в качестве суррогата алкоголя в состоянии сильного опьянения.

Эндоскопическая картина морфологических изменений слизистой оболочки была достаточно однообразной — различная по рельефу рубцовая ткань на этапах созревания соответственно срокам от момента ожога. В случаях наличия

выраженного сужения и супрастенотического расширения пищевода — явления эзофагита. У пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью явления выраженного эзофагита наблюдались всегда. Связи морфологической картины, выявляемой при эндоскопическом исследовании, с повреждающим агентом выявить не удалось.

При лечении пациентов мы применяем различные методы реканализации стриктур, исходя из конкретной ситуации с учетом эндоскопических и рентгенологических результатов исследований.

У пациентов с наложенной на предыдущих этапах гастростомой использовали бужирование по нити. С этой целью предварительно проводилась через пищевод нить (шёлковый шовный материал № 4–5). Если степень сужения позволяла, то нить проводили при помощи бронхоскопа или гастроскопа фирмы «OLYMPUS» через гастростому. Процедура установки нити достаточно длительная и трудоёмкая, в связи с этим она проводилась однократно, после этого фиксировали проксимальный и дистальный концы нити и пользовались ей постоянно. На зауженном конце бужа фиксировали кольцо, за которое осуществляли его тракцию. За один сеанс проводили не более двух новых номеров бужей в зависимости от ощущений пациента. Начинали сеанс с номера, предшествующего последнему, проведенному в предыдущий раз.

Бужирование по струне-направителю применялось нами в тех случаях, когда просвет пищевода и ход стриктуры позволяли провести проводник вне зависимости от наличия гастростомы. После предварительного эндоскопического исследования через инструментальный канал эндоскопа устанавливали струну-направитель. Контроль установки осуществляли эндоскопически и рентгенологически. Для бужирования использовали Savary-бужи. Схема проведения сеанса не отличается от бужирования за нить.

Баллонная дилатация использовалась у пациентов с короткими стриктурами пищевода, стенозами пищеводных, пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов. При определении возможности баллонной дилатации исходили из того, что длина баллона должна превышать общую длину стриктуры не менее чем на 4–5 см. Предварительно проводили эндоскопическое исследование для определения локализации проксимального края стриктуры. После этого через инструментальный канал эндоскопа вводили струну-направитель, по которой устанавливали баллонный катетер. Контроль установки баллона осуществляли при помощи эндоскопа. Процедуру проводили под рентгенологическим контролем,

для этого в воду, используемую для наполнения баллона, добавляли небольшое количество рентгеноконтрастного вещества («Тразограф» и т. п.) — метод двойного контрастирования. На каждый сеанс использовали только один диаметр баллона.

Для восстановления проходимости пищевода при коротких («мембранных») и асимметричных стенозах анастомозов мы применяли электрорасщепление зоны стеноза. После предварительного эндоскопического исследования через инструментальный канал эндоскопа вводили электронож, под визуальным контролем проводили электрорасщепление и осуществляли гемостаз.

Все манипуляции осуществляли под общим обезболиванием. При наличии гастростомы и значительного сужения курс дилатаций начинали с бужирования за нить. При отсутствии гастростомы и достаточном просвете пищевода для эндоскопических манипуляций проводили бужирование по струне-направителю либо его использовали на заключительных этапах лечения. Баллонную дилатацию использовали при коротких стриктурах пищевода и в ряде случаев для расширения отдельных участков протяженных стриктур, не поддающихся бужированию.

После сеанса пациенту назначали противовоспалительную смесь (местный анестетик, антиферментный препарат, антибиотик, местный антацидный препарат). При наличии гастростомы на весь период лечения пациенту запрещали питание через рот, при её отсутствии — в данный день.

Параллельно с сеансами бужирования или баллонной дилатации проводили курс гипербарической оксигенации (ГБО) и медикаментозной противорубцовой терапии (введение лидазы).

Наличие свищей и протяженность стриктуры мы не считали противопоказаниями для бужирования и успешно его применяли. Даже тогда, когда у пациента в зоне свища образовался надрыв пищевода, сеансы остановлены не были. Под прикрытием антибиотикотерапии бужирование и дилатация продолжались, но без увеличения номера бужа. Такая тактика была предпринята у 2 пациентов с целью воспрепятствовать формированию грубого рубца, который стал бы предпосылкой новых надрывов. Выбранный метод и тактика лечения принесли положительный результат.

Необходимое число сеансов при проведении курса бужирования было переменным. Во всех случаях мы достигли адекватного расширения пищевода до бужа № 38–40 и восстановления пассажа пищи, применяя не более 2 номеров за сеанс.

В зависимости от исходной степени сужения требовалось от 3–5 до 9–11 сеансов.

В связи с неэффективностью всех эндоскопических методов реканализации 4 пациентам были выполнены различные виды оперативного лечения. У 2 пациентов выполнена эзофагоэктомия с одномоментной предгрудинной эзофагопластикой (у 1 — пластика сегментом тонкой кишки с микрососудистым анастомозом, у 2-го — желудком), ещё 2 — субтотальная резекция пищевода, заднемедиастинальная эзофагогастропластика (по Denk—Turner—Mes). Ещё 5 пациентам производилось наложение гастростомы для бужирования как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Показаниями являлись либо невозможность проведения бужа минимального диаметра, либо проведение повторных курсов бужирования. Группа пациентов, которым были проведены оперативные вмешательства, представлена большими с сопутствующими ожоговыми поражениями желудка, осложнившимися стенозом. В этой группе проводили дренирующие желудок операции.

Выводы. 1. Электрорасщепление применяется для расширения стенозов анастомозов. Рубцовый стеноз пищевода, даже протяженный, поддается лечению бужированием по струне и за нить с хорошими ближайшими и отдалёнными результатами и низкой частотой осложнений. Лечение нижних пищеводных стриктур эффективно как бужированием, так и пневмогидродилатацией с одинаково хорошими результатами.

2. Эндоскопическая баллонная дилатация показана при стриктурах до 5 см. Её можно рассматривать как метод выбора в лечении стриктур пищевода, техническая простота и невысокая стоимость делают этот метод доступным. Наибольшая эффективность метода достигается при проведении расширений в первые полгода после формирования стриктуры. Применение баллонной дилатации даёт хорошие ближайшие и отдалённые результаты.

3. Неэффективность 1–2 курсов или 5 сеансов, толщина стриктуры более 0,5 см, длина более 3 см, эзофагит над стриктурой II–III степени, каллезная стриктура, диаметр верхнего края менее 2 мм, ригидность стенки над стриктурой при проведении бужей являются объективными показателями глубины и степени поражения пищевода и при их выраженности необходимо отказаться от бужирования в пользу операции. Однако необходимо отметить, что все эти показания являются относительными и требуют индивидуального подхода к каждому пациенту.

4. Короткие ожоговые и пептические стриктуры лечат применением местной эзофагопластики, протяженные и тотальные — экстирпацией пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудка, тонкой или толстой кишкой (при невозможности использования желудка).

5. Рестенозирование предупреждается проведением сеансов поддерживающего бужирования или временного эндопротезирования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аллахвердян А. С., Мазурин В. С., Казанцева И. А. Некоторые клинические и морфологические особенности развития плоскоклеточного рака на фоне послеожоговых и пептических стриктур пищевода // Вестн. онкол. науч. центра РАМН. 2004. № 3. С. 20–24.
2. Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В., Кутепов А. В. и др. Эндоскопическое лечение стриктур пищеводных анастомозов после эзофагопластики // Сибирск. мед. журн. 2009. № 3. С. 64–67.
3. Федотов Л. Е. Пути улучшения результатов лечения стенозирующих доброкачественных заболеваний пищевода: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2008.
4. Чепик Д. А. Современные направления пластики пищевода у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода // Новости хирургии. 2009. № 3. С. 154–167.
5. Чикинев Ю. В., Дробязгин Е. А., Кутепов А. В., Беркасова И. В. Эзофагопластика у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Вестн. экспер. и клин. хир. 2011. № 1. С. 57–62.
6. Andreollo N. A., Lopes L. R., Inogutti R. et al. Tratamento conservador das estenoses benignas do esôfago através de dilatações. Análise de 500 casos // Rev. assoc. med. bras. 2001. Vol. 47, № 3. P. 236–243.
7. Aydin A., Aktas S., Hafiz G. et al. The negative effect of hyperbaric oxygen therapy at the acute phase of electrochemical esophageal burn induced by button battery ingestion // Int. j. pediatr. otorhinolaryngol. 2004. Vol. 68, № 7. S. 947–953.
8. Boeckxstaens G. E., Annese V., des Varannes S. B. et al. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia // N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 364, № 19. P. 1807–1816.
9. Eyer F., Zilker T. Verletzungen der Augen, Haut und Magen-Darmtrakt // Ther. Umsch. 2009. Jg. 66. № 5. S. 379–386.
10. Kabbaj N., Salihoun M., Chaoui Z. et al. Safety and outcome using endoscopic dilatation for benign esophageal stricture without fluoroscopy // World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther. 2011. Vol. 2, № 6. 46–49.
11. Kim J. H., Shin J. H., Song H. Y. Benign strictures of the esophagus and gastric outlet: interventional management // Korean. J. Radiol. 2010. Vol. 11. № 5. P. 497–506.
12. Kiyan G., Aktas S., Ozel K. et al. Effects of hyperbaric oxygen therapy on caustic esophageal injury in rats // J. Pediatr. Surg. 2004. Vol. 39, № 8. P. 1188–1193.
13. Kochhar R., Poornachandra K. S. Intralesional steroid injection therapy in the management of resistant gastrointestinal strictures // World J. Gastrointest. Endosc. 2010. Vol. 2, № 2. P. 61–68.
14. Luedtke P., Levine M. S., Rubesin S. E. et al. Radiologic diagnosis of benign esophageal strictures: a pattern approach // Radiographics. 2003. Vol. 23, № 4. P. 897–909.
15. Novais P., Lemme E., Equi C. et al. Estenoses benignas de esôfago: abordagem endoscópica com velas de Savary-Gilliard // Arq. Gastroenterol. 2008. Vol. 45, № 4. P. 290–294.
16. Pazdro A., Harustiak T., Snajdauf M. et al. Perforace jícnu // Rozhl. Chir. 2011. Roč. 90 Č. 11. S. 647–652.
17. Pietet E., Escher A., Monnier P. Esophageal and pharyngeal strictures: report on 1.862 endoscopic dilatations using the Savary-Gilliard technique // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2008. Vol. 265, № 3. P. 357–364.
18. Rees C. J., Fordham T., Belafsky P. C. Transnasal balloon dilation of the esophagus // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 2009. Vol. 135, № 8. P. 781–783.
19. Repici A., Hassan C., Sharma P. et al. Systematic review: the role of self-expanding plastic stents for benign oesophageal strictures // Aliment. Pharmacol. Ther. 2010. Vol. 31, № 12. P. 1268–1275.
20. Siersema P. D. Treatment options for esophageal strictures // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. 2008. Vol. 5, № 3. P. 142–152.
21. Therasse E., Oliva V. L., Lafontaine E. et al. Balloon dilation and stent placement for esophageal lesions: indications, methods, and results // Radiographics. 2003. Vol. 23, № 1. P. 89–105.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

V. L. Belevich, D. V. Ovchinnikov

TREATMENT OF BENIGN ESOPHAGEAL STRICTURE

Department of general surgery, Kirov Military Medical Academy

The article presents an analysis of long-term experience of treatment of 128 patients with benign esophagus and esophageal anastomosis strictures in Kirov Military Medical Academy. This significant data included all possible variations of scarry esophageal strictures according their etiology, localization and the extension. The wide range of methods, which involved the different variants of bouginage, balloon dilation, stenting, electrosurgical dissection and resection of the stomach, were applied in treatment of the patients. The analysis of immediate and long-term results allowed detecting the criteria of choice and indication for use of the methods or their combination. Practical recommendations reflect the strategy of each variant of treatment and have the specific character. Possible complications and negative results of irrational application of different methods were presented. The immediate and long-term results gave evidence of the successful treatment of the patients with scarry esophagus and esophageal anastomosis strictures.

Key words: *esophagus, stricture, anastomosis, treatment*