

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкасов Е. Е. Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы / Е. Е. Ачкасов, А. В. Пугаев, А. Л. Хари / Хирургия. – 2007. – № 8. – С. 33–37.
2. Багненко С. Ф. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита в различные периоды заболевания / С. Ф. Багненко, А. Д. Толстой, И. В. Рухляда // Вестник хирургии. – 2002. – Т. 161. № 6. – С. 30–33.
3. Багненко С. Ф. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / С. Ф. Багненко, А. Д. Толстой, В. Ф. Сухарев и др. – СПб: Знаменитые университеты, 2004. – 12 с.
4. Белокуров С. Ю. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения / С. Ю. Белокуров, М. С. Могутов, М. П. Потапов и др. – Ярославль, 2003.
5. Бурневич С. З. Деструктивный панкреатит; современное состояние проблемы / С. З. Бурневич, Б. Р. Гельфанд, Б. Б. Орлов, Е. Ц. Цыденжапов // Вестник хирургии. – 2000. – Т. 159. № 2. – С. 116–123.
6. Бурневич С. З. К вопросу о дифференцированных показаниях и сроках хирургического вмешательства при различных формах панкреонекроза / С. З. Бурневич, Б. Б. Орлов, Ю. Н. Игнатенко // Анналы хирургии. – 2003. – № 2. – С. 64–69.
7. Костюченко А. Л., Филлин В. И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. – СПб: издательство «Деан», 2000. – 480 с.
8. Нестеренко Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. – М.: БИНОМ-Пресс, 2004. – 304 с.
9. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Гологорский В. А., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе // Анналы хирургии. – 1999. – № 5. – С. 26–29.
10. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. – ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 264 с.
11. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Острый панкреатит. – М.: Профиль, 2007. – 336 с.
12. Balthazar E. J. Acute pancreatitis: value of CT in establish prognosis / E. J. Balthazar, D. L. Robinson, F. J. Megibow et al. // Radiology. – 1990. – Vol. 174. – P. 331–336.
13. Beger H. Bacterial infection of pancreatic necrosis / H. Beger, B. Rau, R. Inseman // Acute pancreatitis: novel concepts in biology and therapy. – Berlin-Vienna: Blackwell Science, 1999. – P. 263–276.
14. Fogel E. E. Acute biliary pancreatitis: when should the endoscopist intervene? / E. E. Fogel, S. Sherman // Gastroenterology. – 2003. – Vol. 125. – P. 229–236.
15. Paraty M. J. T. Acute pancreatitis and organ failure: pathophysiology, natural history, and management strategies / M. J. T. Paraty, S. Connor, D. N. Griddle et al. // Current gastroenterology reports. – 2004. – № 6. – P. 99–103.
16. Walsler E. M. Sterile fluid collections of acute pancreatitis in acute pancreatitis / E. M. Walsler, W. H. Nealon, S. Maroquin et al. // Journal of vascular and interventional radiology. – 2006. – Vol. 29 (1). – P. 102–107.

Поступила 14.02.2013

*В. М. ДУРЛЕШТЕР, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ, Я. А. ГОНЧАРОВА, Р. Б. БЕРЕТАРЬ*

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;  
Краевая клиническая больница № 2*

*Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ККБ № 2»),  
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.  
Тел. 8-918-431-00-53. E-mail: yanya2711@gmail.com*

В статье приведены результаты эндоскопического обследования и лечения 15 пациентов со стриктурами пищевода. Описаны показания и противопоказания к проведению бужирования, методика малоинвазивных хирургических вмешательств, что позволяет избежать развития острых осложнений. Продемонстрирована эффективность внутрипросветных методов лечения.

*Ключевые слова:* стриктура пищевода, бужирование.

*V. M. DURLESHTER, N. V. KOROCHANSKAYA, Y. A. GONCHAROVA, R. B. BERETAR*

## PREVENTION OF COMPLICATIONS DURING MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF ESOPHAGEAL STRICTURES

*Kuban state medical university of health and social development Ministry,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;  
City hospital № 2,*

*Russia, 350012, Krasnodar, Krasnii Partizan str., 6/2. Tel. 8-918-431-00-53. E-mail: yanya2711@gmail.com*

The article describes the results of endoscopic examination and treatment of 15 patients with esophageal strictures. The article also contains a listing of indications and counterindications for bougienage and a description of minimally invasive surgery methods which help avoid acute complications. The efficiency of intraluminal treatment methods has been demonstrated.

*Key words:* esophageal stricture, bougienage.

## Введение

Хронические воспалительные заболевания пищевода на сегодняшний день занимают одну из лидирующих позиций в гастроэнтерологии. За последние два десятилетия значительно увеличилось число больных с пептическими эзофагитами, при этом страдают данным заболеванием преимущественно лица трудоспособного возраста. Ежедневно изжогу испытывает 10% взрослого населения в мире. Важно отметить, что пациенты с ГЭРБ оценивают свое качество жизни ниже, чем больные с ишемической болезнью сердца.

Причиной рубцовых стриктур пищевода наиболее часто является длительно текущий пептический эзофагит, возникающий при длительном рефлюксе в пищевод кислого желудочного сока, а иногда желчи и тонкокишечного содержимого. Такой эзофагит характерен для больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Реже стенозы развиваются в результате лучевой терапии, склерозирования варикозно-расширенных вен пищевода, перенесенных инфекций (дифтерия, туберкулез, сифилис и др.), микозов пищевода, травматических повреждений, а также на фоне локального воспалительного процесса, вызванного длительным пребыванием в пищеводе инородных тел (кусочков рыбы, куриной кости) или зонда.

От проведенных диагностических методов исследования и четкого соблюдения технологий лечения зависят успешность расширения стриктуры и уменьшение степени дисфагии у пациентов, их возвращение к нормальному питанию.

Цель исследования – профилактировать развитие осложнений при бужировании стриктур пищевода на основании оптимизаций и стандартизаций технологий малоинвазивного хирургического лечения.

## Материалы и методы исследования

В работе проанализированы результаты обследования пациентов, прошедших в 2011 г. малоинвазивное хирургическое лечение в муниципальной городской больнице № 2 г. Краснодара. За этот период бужирование было выполнено 15 пациентам с пептическими стриктурами пищевода. Пациенты были в возрасте от 18 до 86 лет, из них 9 (60%) человек работоспособного возраста.

Сужение пищевода I степени (9–11 мм), согласно классификации Ю. И. Галлингера (1999), было диагностировано у 7 (46,6%) человек, стеноз II степени (6–8 мм) – у 5 (33,3%) пациентов, III (3–5 мм) – у 3 (20%) больных. Короткие стриктуры (до 3 см) были у 11 (73,3%) обследованных, протяженные (более 3 см) – у 4 (26,6%) пациентов.

Наличие рубцовых стриктур пищевода независимо от их этиологии, локализации и степени выраженности является показанием к применению эндоскопических вмешательств.

Всем пациентам перед выполнением курса бужирования было выполнено взятие биопсии из области сужения пищевода. В биоптатах оценивали структуру слизистой пищевода: изменение эпителия в той или иной степени, наличие метаплазий или дисплазий.

Для расширения доброкачественных рубцовых стриктур пищевода мы применяли бужирование и баллонную дилатацию. Первым этапом эндоскопического вмешательства являлось проведение направляющей струны через зону сужения пищевода в желудок, которое осуществляли двумя способами:

– эндоскоп малого диаметра проводили через область рубцового поражения пищевода в желудок до антрального отдела и затем по инструментальному каналу вводили направляющую струну. Извлечение эндоскопа наружу сопровождалось продвижением струны на соответствующую глубину;

– при втором способе эндоскоп устанавливали над рубцовым сужением, затем по каналу проводили струну, которую под контролем зрения вводили в зону сужения и постепенно продвигали через стенозированную часть пищевода в желудок при условии свободного скольжения струны.

После проведения направляющей струны в желудок приступали к бужированию, используя вначале буж небольшого диаметра. Для обеспечения безопасности вмешательства необходимо, чтобы буж свободно скользил по струне, а струна все время оставалась достаточно подвижной, свободно смещаясь в канале бужа. После небольшой экспозиции (1–2 минуты) буж медленно извлекали, одновременно погружая струну в желудок так, чтобы она осталась в своем прежнем положении. Буж большего диаметра проводили только при условии значительного уменьшения болей, возникших во время проведения предыдущего бужа. За один сеанс использовали не более 2–3 бужей возрастающего диаметра.

Введение баллонного дилатора в зону рубцовой стриктуры осуществляли по направляющей струне. На предварительно установленную струну нанизывали баллонный дилатор, который постепенно по струне вводили в зону стриктуры. При эндоскопическом исследовании измеряли расстояние от верхних резцов до зоны сужения в сантиметрах, на которое затем вводили дилатор, у которого на катетере также имеются метки (в сантиметрах). Вмешательство осуществляли в основном при давлении от 1 до 2–2,5 атм., величину которого контролировали на начальном этапе исследования с помощью стандартного манометра, используемого при измерении артериального давления, а затем с помощью специального устройства («Quantum TT Sand Quantum Inflation Device» фирмы «Wilsson-Cook», США).

## Распределение обследованных пациентов в зависимости от степени выраженности дисфагии

Количество баллов	Количество пациентов, человек (%)
1 балл (периодическое затруднение при прохождении твердой пищи)	4 (26,6)
2 балла (питание полужидкой пищей)	6 (40)
3 балла (питание только жидкой пищей)	4 (26,6)
4 балла (невозможность проглотить слюну)	1 (6,6)
Итого	15 (100%)

## Результаты и обсуждение

У пациентов с пептическими стриктурами пищевода в результате обследования выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с чем всем больным была выполнена операция по формированию арефлюксной кардии по В. И. Оноприеву и В. М. Дурлештеру.

Бужирование в качестве метода лечения в предоперационном периоде было предпринято у 12 (80%) из 15 пациентов, баллонная дилатация – у 3 (20%). В результате лечения удалось расширить просвет пищевода в зоне сужения до 12 мм и более у 8 (53,3%) человек, до 10–11 мм – у 4 (26,6%) пациентов, до 7–9 мм – у 2 (13,3%), до 4–6 мм – у 1 (6,6%) больного.

Непосредственные результаты эндоскопического лечения оценивали по четырехступенной шкале, предложенной Э. А. Годжелло и Ю. И. Галлингер [11]. Результаты признавали:

– отличными – при расширении сужения до 12 мм и более с помощью бужей типа Savary диаметром 38–40 French или баллонных дилататоров диаметром 20–25 мм, что позволяет больным питаться любой пищей;

– хорошими – если сужение было расширено до 10–11 мм с использованием бужей типа Savary диаметром 32–36 French или баллонных дилататоров диаметром 15 мм; больные питались любой пищей, за исключением сухой, и предъявляли жалобы на эпизодическую преходящую дисфагию;

– удовлетворительными – при расширении стеноза до 7–9 мм бужами типа Savary диаметром 26–30 French или баллонными дилататорами диаметром 10 мм. Больные питались тщательно измельченной пищей;

– неудовлетворительными – если через зону стеноза не удавалось провести буж типа Savary диаметром 2–6 мм или использовать баллонный дилататор диаметром 10 мм, в результате чего просвет пищевода в зоне сужения составлял менее 1 мм. Больные питались жидкой пищей. Результаты лечения считали неудовлетворительными и в тех случаях, когда вмешательство сопровождалось опасными для жизни пациента осложнениями.

В предоперационном бужировании на этапе малоинвазивных эндоскопических вмешательств у 8 (53,3%) результаты были отличными, у 5 (33,3%) – хорошими, у 2 (13,3%) – удовлетворительными.

Основными факторами, влиявшими на непосредственные результаты эндоскопического лечения и на прогноз заболевания, являлись степень стеноза пищевода перед началом лечения и протяженность стриктуры.

В послеоперационном периоде после устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы контрольное эндоскопическое исследование пациентам выполняли через 1 месяц. В целях поддерживающих курсов в зависимости от диаметра просвета мы проводили бужирование в послеоперационном периоде в амбулаторных условиях:

при диаметре просвета 12 мм и более бужирование проводили – 1 сеанс через 1 месяц после операции;

при диаметре 10–11 мм бужирование проводили по 1 сеансу через каждый месяц после операции в течение полугода;

при диаметре 7–9 мм бужирование проводили по 1 сеансу раз в две недели в течение 3 месяцев, затем по 1 сеансу каждые четыре недели в течение 3 месяцев;

при диаметре 4–6 мм бужирование проводили по 1 сеансу раз в неделю в течение одного месяца, затем по 1 сеансу 1 раз в 2 недели – два месяца, затем по 1 сеансу каждый месяц до полугода.

В пользу внутрисветовых методов лечения свидетельствуют простота выполнения и быстрое получение эффекта.

На наш взгляд, для предупреждения серьезных осложнений при эндоскопическом малоинвазивном лечении доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода необходимо:

вводить дилатирующие инструменты только по направляющей струне;

широко использовать малокалиберные эндоскопы для надежного проведения струны;

избегать форсированного бужирования и дилатации;

использовать мягкие проводники в сложных анатомических ситуациях;

использовать баллонные катетеры, равномерно растягивающиеся в пределах заданного объема.

Итак, строгий учет показаний и противопоказаний к бужированию, строгое соблюдение малоинвазивных технологий позволяют избежать развития острых осложнений ятрогенного характера.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердян А. С. Бужирование пищевода – составная часть хирургического лечения рубцовых стриктур на современном этапе / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, Г. А. Романов и др. // Сб. тезисов VI Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – 2002. – С. 21–23.
2. Ануфриев А. В. Опыт эндоскопического лечения рубцовых сужений пищевода / А. В. Ануфриев, Н. Ю. Жураева // Сб. тезисов VI Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – 2002. – С. 31–33.
3. Баландина И. А. Баллонная дилатация рубцовых сужений пищевода / И. А. Баландина, В. Н. Мехоношин, П. И. Михальков // Пермский медицинский журнал. – 1998. – Т. XV. № 4. – С. 39–42.
4. Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло. – Москва, 1999. – 273 с.
5. Галлингер Ю. И. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 5. – С. 33–39.
6. Галлингер Ю. И. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и желчных протоков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 3. – С. 59–62.
7. Годжелло Э. А. Лечение рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов с использованием гибких эндоскопов // Вестник Российской академии медицинских наук. – Москва, 1998. – С. 36–39.
8. Черноусов А. Ф. Бужирование пищевода при рубцовых ожоговых стриктурах / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 25–29.
9. Anderson P. E. A review of the practice of fiberoptic endoscopic dilatation of oesophageal stricture / P. E. Anderson, A. Cook, A. H. Amery // An. boy. col. surm. engl. – 1989. – Vol. 71. № 2. – P. 124–127.
10. Barkun A. N. The treatment of peptic esophageal strictures / A. N. Barkun, S. Mayrand // Can. j. gastroenterol. – 1997. – Vol. 11. Suppl. B. – P. 948–978.
11. Groitl H. Endoscopic treatment of scar stenosis in the upper GI tract // Endoscopy. – 2000. – Vol. 16. № 5. – P. 168–170.
12. Nostrant T. T. Esophageal dilation / T. T. Nostrant, P. S. Nandi // Gastroenterologist. – 1998. – Vol. 6. № 1. – P. 5–15.
13. Ware J. E. SF-36 health survey manual and interpretation guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski et al // The health Institute. New England medical boston. Mass. – 1993.

Поступила 18.02.2013