

ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ

Аннотация. Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода остается актуальной. За 2005–2010 гг. в Пензенской областной клинической больнице находился на лечении 261 пациент с рубцовыми стриктурами пищевода. Использовали тактику максимально консервативного лечения. У 23 больных отмечалась постоянно рецидивирующая стриктура пищевода, в связи с чем 16 пациентам выполнена методика временного стентирования. После выполненного стентирования у 12 (75 %) больных достигнута стойкая ремиссия, у 4 человек развился рецидив стриктуры. Считаем принципиальным использовать для этой манипуляции только полностью покрытые, цельно плетеные конструкции с обязательной внешней фиксацией. Срок экспозиции стента не более двух месяцев, либо извлечение по необходимости.

Ключевые слова: пищевод, стриктура, стент.

Abstract. The problem of choosing tactics and a method of esophagus cicatricial strictures treatment remains topical. During the period from 2005 to 2010 in Penza Regional Hospital there were 261 patients under treatment. The author used an approach of the most conservative treatment. Constantly recurrent stricture of esophagus was observed in 23 patients, and in connection with that the method of temporary stenting was applied to 16 patients. Sustained remission was achieved in 12 (75 %) patients after stenting, and recurrence of stricture appeared in 4 people. The researcher believes that the application of fully coated, full-braided constructions with mandatory external fixation is principle in the given manipulation. The stent exposure term should not exceed 2 months, or subject to extraction if necessary.

Key words: esophagus, stricture, stent.

Наиболее частой патологией пищевода остаются рубцовые стриктуры, а химические ожоги являются основной причиной их возникновения. Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода до сих пор составляют одну из наиболее тяжелых и драматических страниц хирургии и продолжают быть одной из актуальных задач хирургической науки и практики [1].

За период 2005–2010 гг. в Пензенской областной клинической больнице находился на лечении 261 пациент с рубцовыми стриктурами пищевода. В нашей клинике разработана тактика консервативного лечения постожоговых рубцовых стриктур, позволившая в большинстве случаев отказаться от выполнения пластики пищевода. Мы являемся сторонниками профилактического мягкого раннего бужирования (проглатывание крупных глотков масляных растворов) и лечебного бужирования. Из всех известных методов бужирования использовали:

1. Ортоградное форсированное бужирование по нити и струне-направителю.
2. Ретроградное форсированное бужирование пучками нитей.
3. Ретроградное форсированное бужирование по нити и струне-направителю.

Ортоградное форсированное бужирование выполняли полыми эластическими бужами с № 22 по № 40. Использовали максимально безопасную методику выполнения. Пациент предварительно (в течение 2–4 суток) проглатывал капроновую нить № 3–4 с дробинкой на дистальном конце, которая проходила за место стриктуры и фиксировалась в желудочно-кишечном тракте (рис. 1). Проводник на дистальном конце имел петлю для нанизывания на нить (рис. 2). Таким образом, нить служила направляющей для металлического проводника, который проводился по ней за место стриктуры. Данная манипуляция получалась максимально безопасной, предотвращала возможную перфорацию в супрастенотическом расширении, особенно располагавшуюся эксцентрично по отношению к просвету пищевода. По установленному проводнику осуществлялось ортоградное форсированное бужирование полыми эластическими бужами (рис. 3). Бужирование приостанавливали при появлении боли, выраженного сопротивления тканей и прожилок крови на буже. За одну манипуляцию, как правило, удавалось расширить просвет пищевода на 3–4 размера, после чего назначалась противоотечная терапия, направленная на профилактику эзофагита и образования рубцов.



Рис. 1. Нить, проглоченная больным для проведения струны



Рис. 2. Металлическая петля, проведенная по нити

В процессе работы с бужами мы отказались от использования продольного канала на всем протяжении, так как проведению проводника препят-

ствовало трение, возникающее в узком канале бужа (рис. 4). Иногда проводник застревал. В связи с этим использовали не сплошной канал, а частичный, который начинался от конической части бужа и заканчивался на расстоянии 10 см, открываясь в бок.



Рис. 3 Методика ортоградного форсированного бужирования



Рис. 4 Модифицированный буж

При суб- и декомпенсированных рубцовых стриктурах со значительным супрастенотическим расширением выполнить обычное ортоградное бужирование бывало просто невозможно (не проходила нить, не удавалось завести металлический проводник, возникала опасность перфорации в супрастенотическом отделе), в таком случае использовали ретроградное форсированное бужирование. Подготовка больного к ретроградному бужированию включала в себя наложение гастростомы (мы использовали модификацию Кадера, Витцеля) (рис. 5). После ее формирования при помощи эндоскопической ретроградной гастроэзофагоскопии заводили проводник за место стриктуры. Так как методика ретроградного бужирования использовалась чаще всего при декомпенсированной обструкции, мы выполняли бужирование пучками нитей с увеличением их количества, доводя диаметр до размера бужей № 22–24. Сеансы бужирования повторяли через 3–5 суток.

По мере увеличения диаметра нитей переходили на ретроградное бужирование по струне-направителю, которую проводили через гастростому по нити (рис. 6). Преимуществом бужирования с использованием гастростомы являлось то, что металлический проводник фиксировался как проксимально, так и дистально.



Рис. 5. Наложение гастростомы в модификации Кадера



Рис. 6. Методика ретроградного форсированного бужирования

Метод как антеградного, так и ретроградного бужирования, по нашему мнению, имел ряд недостатков, к которым, прежде всего, следует отнести низкую эффективность восстановления проходимости пищевода, обусловленную кратковременностью воздействия на послеожоговую стриктуру; высокую травматичность проведения манипуляции, так как при тракционном действии бужа на патологически измененный участок происходило дополнительное повреждение скомпрометированного участка пищевода. Многократное бужирование приводило к механической травме слизистой оболочки пищевода, что вызывало дистрофические и дегенеративные изменения в слизистой, а в последующем к дисплазии и увеличению риска малигнизации доброкачественных стриктур. К недостаткам данного способа также следует от-

нести этапность проведения манипуляции, что увеличивало время пребывания пациента в стационаре.

Существовала категория больных с поздними сформированными стриктурами пищевода, у которых постоянно развивался рецидив заболевания, требующий поддерживающего бужирования с частотой обращения до 12–14 раз в год. Лечение таких больных поддерживающим бужированием нельзя признать удовлетворительным. За анализируемый период в нашей клинике зарегистрировано 23 (8,8 %) таких пациента.

В настоящее время известен альтернативный метод лечения постожоговых рубцовых стритур пищевода – «эндоскопическое стентирование» [2–4]. Согласно данному способу после предварительной максимальной дилатации стриктуры под эндоскопическим контролем по направителю в зону стеноза пищевода подводят стент на доставляющей системе в сжатом состоянии, после чего он выталкивается и расправляется в просвете пищевода. Затем направитель извлекают. Введение стента осуществляют в сроки не ранее, чем через 6 месяцев с момента получения травмы.

Нами предложено с целью восстановления проходимости пищевода использовать у больных с непрерывно рецидивирующими стриктурами методику временного стентирования покрытыми нитиноловыми стентами. Данная методика применена нами у 16 (6,1 %) больных. Остальные от предложенных манипуляций отказались.

Введение стента в пищевод производили после премедикации под местной анестезией в положении больного на левом боку. После предварительно выполненной максимальной дилатации стриктуры методом бужирования и проведенной противоотечной терапии под рентгенологическим контролем за место стриктуры устанавливали металлический проводник. По проводнику в проецируемое место стриктуры на доставляющем устройстве заводили покрытый нитиноловый саморасширяющийся стент, имеющий полностью покрытую конструкцию. Проксимальный конец стента устанавливали на 2,0–3,0 см выше края стриктуры. Удерживая поршень в неподвижном состоянии, освобождали стент из системы. Последний оставался в месте стриктуры и в течение 3–5 суток расправлялся.

Затем проводили фиксацию стента к ушной раковине пациента за нить, выведенную через носовую хоану. Для этого вводили назальный катетер в глотку через носовой ход. С помощью зажима захватывали катетер и выводили его через рот. Используя проволоочный крючок, проводили шелковую нить, выходящую изо рта, через назальный катетер. Проводили назальный катетер в пищевод по шелковой нити до контакта с верхним концом стента, это предотвращало раздражение слизистой оболочки носовой полости и пищевода шелковой нитью. Катетер, прикрывающий шелковую нить, фиксировали к ушной раковине пациента.

Стент сохраняли в просвете пищевода 1,5–2 месяца. В случае миграции в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта (реканализации стриктуры ранее указанного срока) стент удаляли по требованию. Экспозиция стента в просвете пищевода 1,5–2 месяца являлась достаточной для заживления стриктуры, достижения надежной дилатации пищевода. На фоне длительного нахождения (более двух месяцев) стента в просвете пищевода возникал грануляционный стеноз. Также постоянное воздействие эндопротеза на стенку

пищевода приводило к нарушению микроциркуляции в пораженной части органа, дегенеративным, дистрофическим изменениям в слизистой оболочке [5, 6].

При использовании нитиноловых саморасправляющихся стентов применяли исключительно полностью покрытые конструкции с целью предотвращения врастания в окружающие ткани. На этапе освоения методики часто наблюдали миграцию стента в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта. У трех пациентов стент опустился в желудок и был извлечен ретроградно с помощью гибкой эндоскопии. Необходимо отметить возникшие сложности при извлечении стента, имеющего сегментарное строение – при потягивании за петлю для извлечения уменьшалась в диаметре только проксимальная и дистальная часть конструкции, а сам стент на всем протяжении оставался в раскрытом состоянии, что создавало сложности для манипуляции в ограниченном пространстве. Как утверждает Ф. А. Черноусов и соавт. (2010), стенты, сегментарного строения имеют особенность разрушаться в местах соединения сегментов и мигрировать частями, что невозможно контролировать [5, 7].

В наших наблюдениях у одного больного стент мигрировал в дистальные отделы подвздошной кишки и вызвал пролежень последней в проекции проксимального и дистального концов стента (рис. 7, 8), что потребовало выполнения оперативного вмешательства в экстренном порядке – выполнена лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки с анастомозом конец в конец. Анализируя сроки миграции, мы выявили, что стенты дислоцировались на 40–60 суток с момента установления. По всей видимости, за этот промежуток времени стриктура полностью раскрывалась и реканализовалась.



Рис. 7. Рентгенограмма больного с мигрировавшим стентом

Стентирование саморасправляющимися металлическими эндопротезами на длительный срок (от 6 до 16 месяцев) сопровождалось тяжелыми осложнениями: сужением просвета пищевода выше и ниже стента или его

полной облитерацией; разрастанием грануляционной ткани по краям стента, протяженной рубцовой стриктурой нижней трети пищевода; частичной фрагментацией стента. Постоянное длительное давление протеза приводило к его врастанию в стенку пищевода, ее некрозу и образованию пролежня [5, 8]. Приведенные негативные последствия могут повлечь за собой нежелательное или незапланированное хирургическое вмешательство, исход которого часто непредсказуем. Таким образом, риск возникновения осложнений от длительной экспозиции стента в просвете пищевода больше, чем польза от него. Также немаловажным недостатком данного способа является отсутствие контроля за дислокацией стента в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта.

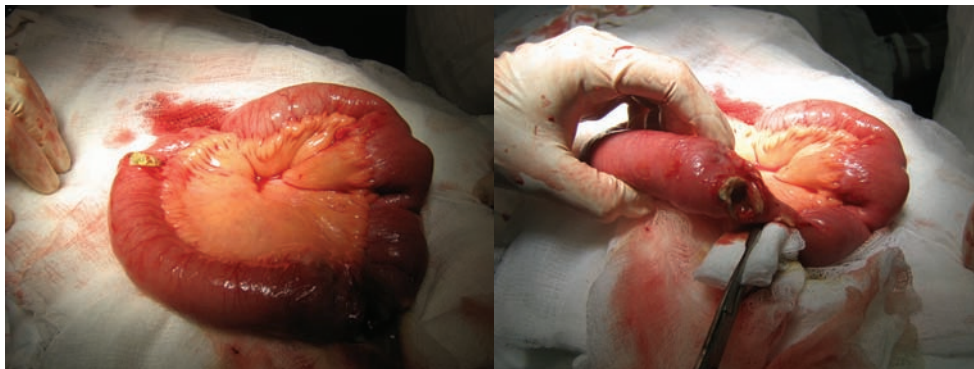


Рис. 8. Пролежень подвздошной кишки сентом

После извлечения нитиноловых конструкций у 12 (75 %) больных достигнута стойкая ремиссия (срок наблюдения 3 года). Явлений дисфагии не отмечается. У четырех человек развился рецидив стриктуры, что явилось показанием к выполнению реконструктивной восстановительной операции.

Достоинствами предложенного временного стентирования на срок не более двух месяцев являются: равномерная, дозированная и надежная дилатация стриктур; достижение выраженного и стабильного клинического эффекта; уменьшение травматизации стенки поврежденного пищевода; снижение риска осложнений манипуляции; контроль за дислокацией стента в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта. Также однократная установка стента является для больного более легко переносимой манипуляцией, чем этапное форсированное бужирование.

Такое сочетание манипуляций позволяет: равномерно, дозированно максимально дилатировать стриктуру; исключить рецидив ее образования; получить выраженный и стабильный клинический эффект, а также свести до минимума травматизацию стенки пищевода; снизить риск возникновения осложнений и негативных последствий от манипуляции; осуществить контроль над дислокацией стента в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, считаем, что использование временного стентирования у больных при постоянно рецидивирующих доброкачественных стриктурах пищевода является манипуляцией, альтернативной бужированию, с меньшим количеством побочных эффектов и осложнений, позволяющей получить стойкую ремиссию заболевания в 75 % случаев ($p < 0,05$). Считаем принципиальным использовать для этой манипуляции только полностью покрытые,

цельноплетенные конструкции с обязательной внешней фиксацией. Срок экспозиции стента не более двух месяцев либо извлечение по необходимости.

Список литературы

1. **Белоконов, В. И.** Диагностика и лечение повреждений пищевода : монография / В. И. Белоконов, В. В. Замятин, Е. П. Измайлов. – Самара : ГП «Перспектива», 1999. – 160 с. – (Трудные вопросы практической хирургии).
2. **Королев, М. П.** Диагностика и лечение ожоговых сужений пищевода и желудка / М. П. Королев. – М. : Медицинское информационное агентство, 2009. – 246 с.
3. **Королев, М. П.** Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода / М. П. Королев, Л. Е. Федотов, А. А. Смирнов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 58–64.
4. **Королев, М. П.** Эндоскопическое стентирование стриктур пищевода / М. П. Королев, Л. Е. Федотов, А. А. Смирнов, А. Л. Филонов // Эндоскопическое стентирование стенозирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта (мастер-класс 19–20 июня 2008 г.) : сборник тезисов. М., 2008. – С. 35–43.
5. **Черноусов, Ф. А.** Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф. А. Черноусов, Э. А. Годжелло, М. В. Хрусталева, А. Л. Шестаков // Endo Хирургия. XI съезд хирургов России : сборник тезисов. – М., 2010. – С. 15–18.
6. **Lee, S. H.** Значение эзофагеального стентирования в консервативном лечении стриктур пищевода / S. H. Lee // The British journal of Radiology. – 2001. – № 74. – С. 891–900.
7. **Song, H. Y.** Covered retrievable expandable Nitinol stents in patients with benign esophageal strictures: initial experience / H. Y. Song, H. Y. Jung, S. I. Park et al. // Radiology. – 2000. – V. 217. – P. 551–557.
8. **Fan, Z.** Expandable thermal shaped memory metal esophageal stent: experiments with a new nitinol stent in 129 patients / Z. Fan, N. Dai, L. Chen // Gastrointest Endosc. – 1997. – V. 46. – P. 352–357.

Климашевич Александр Владимирович
кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра хирургии, Медицинский
институт, Пензенский государственный
университет

E-mail: Klimashevich78@mail.ru

Klimashevich Alexander Vladimirovich
Candidate of medical sciences, associate
professor, sub-department of surgery,
Medical Institute, Penza State University

УДК 617-89.844

Климашевич, А. В.

Возможность лечения непрерывно рецидивирующих стриктур пищевода методом стентирования / А. В. Климашевич // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 3 (19). – С. 81–88.