

Хирургия Surgery

ID: 2011-02-24-A-1257

Оригинальная статья

Климашевич А.В., Никольский В.И., Назаров В.А., Богонина О.В.

Способ лечения постожоговых стриктур пищевода методом стентирования

Пензенский государственный университет, Медицинский институт

Klimashevich A., Nikolski V., Nazarov V., Bogonina O.

The method of treating of postburn esophageal strictures by stenting

Medical Institute of Penza State University

Резюме

Наиболее частой патологией пищевода остаются рубцовые стриктуры, а химические ожоги являются основной причиной их возникновения. Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода остается актуальной. За период 2005 - 2010 года в Пензенской областной клинической больнице находился на лечении 261 человек. Использовали тактику максимально консервативного лечения. У 23 больных отмечалась постоянно рецидивирующая стриктура пищевода, в связи с чем 16 пациентам выполнена методика временного стентирования. Основная проблема стентирования при доброкачественных постожоговых стриктурах – это миграция в дистальные отделы пищеварительного тракта. Срок экспозиции стента в месте стриктуры не более 2 месяцев. После выполненного стентирования у 12 (75%) больных достигнута стойкая ремиссия, у 4 человек развился рецидив стриктуры. 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. Считаем принципиальным использовать для этой манипуляции только полностью покрытые, цельно плетеные конструкции, с обязательной внешней фиксацией. Срок экспозиции стента не более 2 месяцев, либо извлечение по необходимости.

Ключевые слова: пищевод, стриктура, стент.

Abstract

The most frequent pathology of the esophagus is cicatricial stricture, and burns are the main cause of their occurrence. The problem of choice of tactics and a method of treating of cicatricial strictures of the esophagus remains relevant. During the period from 2005 to 2010 in Penza Regional Hospital was treated 261 patients. The tactic of the most conservative treatment was used. Constantly recurrent stricture of the esophagus was observed in 23 patients, in connection with it the method of temporary stenting was performed in 16 patients. The main problem of stenting in benign postburns strictures is a migration of the stent in the distal parts of the digestive tract. The term exposure of the stent into place of stricture less than 2 months. Sustained remission was achieved in 12 (75%) patients after stenting, and recurrence of stricture in 4 people has arisen. The using of temporary stenting in patients with permanent recurrent benign strictures of the esophagus is alternative for esophageal bougienage, with fewer side effects and complications, allowing a stable remission of the disease in 75% of cases. We believe that the principle should be used for this manipulation only fully coated, whole braided design with mandatory external fixation. The term exposure of stent is not more than 2 months, or if it is required to extract.

Key words: esophagus, stricture, the stent.

Введение

В России по-прежнему, наиболее частой патологией пищевода остаются рубцовые

стриктуры, а химические ожоги являются основной причиной их возникновения. Около 87% больных с ожогами пищевода составляют люди трудоспособного и молодого возраста, причем до 55% из них получают химический ожог случайно. 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].

Цель

Улучшить результаты лечения больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода.

Материал и методы

За период 2005 - 2010 года в Пензенской областной клинической больнице находился на лечении 261 человек. В нашей клинике разработана тактика консервативного лечения постожоговых рубцовых стриктур, позволившая в большинстве случаев отказаться от выполнения пластики пищевода. Являемся сторонниками профилактического мягкого раннего бужирования (проглатывание крупных глотков масляных растворов) и лечебного бужирования. Из всех известных методов бужирования используем:

1. Ортоградное форсированное бужирование по нити и струне направителю.
2. Ретроградное форсированное бужирование пучками нитей (2).
3. Ретроградное форсированное бужирование по нити и струне направителю (5).

Ортоградное форсированное бужирование выполняем полыми эластическими бужами с №22 по №40. Используем максимально безопасную методику выполнения. Пациент предварительно (в течение 2 – 4 суток), проглатывает капроновую нить №3 – 4 с дробинкой на дистальном конце, которая проходит за место стриктуры и фиксируется в желудочно-кишечном тракте. Проводник на дистальном конце имеет петлю, для нанизывания на нить. Таки образом, нить служит направляющей для металлического проводника, который проводится по ней за место стриктуры. Данная манипуляция получается максимально безопасной, предотвращая возможную перфорацию в супрастенотическом расширении, особенно, расположенное эксцентрично по отношению к просвету пищевода. По установленному проводнику проводится ортоградное форсированное бужирование полыми эластическими бужами (рис. 1). Бужирование приостанавливаем при появлении боли, выраженного сопротивления тканей и прожилок крови на буже. За одну манипуляцию, как правило, удается расширить просвет пищевода на 3 – 4 размера, после чего назначается противоотечная терапия, направленная на профилактику эзофагита и образования рубцов.



Рис. 1

В процесс работы с бужами, мы отказались от использования продольного канала на всем протяжении, так как проведению проводника препятствует трение, возникающие в узком канале бужа. Иногда проводник застревает. В связи с этим используем не сплошной канал, а частичный, который начинается от конической части бужа и заканчивается на расстоянии 10 см, открываясь в бок.

При суб- и декомпенсированных рубцовых стриктурах, со значительным супрастенотическим расширением, выполнить обычное ортоградное бужирование бывает просто невозможно (не проходит нить, не удается завести металлический проводник, возникает опасность перфорации в супрастенотическом отделе), в таком случае используем ретроградное форсированное бужирование. Подготовка больного к ретроградному бужированию включает в себя наложение гастростомы (мы используем модификацию Кадера, Витцеля). После её формирования, при помощи эндоскопической ретроградной гастроэзофагоскопии заводим проводник за место стриктуры. Так как методика ретроградного бужирования используется чаще всего при декомпенсированной обструкции, в связи с этим мы выполняем бужирование пучками нитей с увеличением их количества, доводя диаметр до размера бужей №22 – 24. Сеансы бужирования повторяем через 3 – 5 суток.

По мере увеличения диаметра нитей переходим на ретроградное бужирование по струне направителю, которую проводим через гастростому по нити (рис. 2). Преимуществом бужирования с использованием гастростомы, является то, что металлический проводник фиксируется как проксимально, так и дистально.



Рис. 2

Метод как антеградного, так и ретроградного бужирования, по нашему мнению, имеет 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 происходит дополнительное повреждение скомпрометированного участка пищевода. Многократное бужирование приводит к механической травме слизистой оболочки пищевода, что вызывает дистрофические и дегенеративные изменения в слизистой, а в последующем к дисплазии и увеличению риска малигнизации доброкачественных стриктур. К недостаткам данного способа также следует отнести этапность проведения манипуляции, что увеличивает время пребывания пациента в стационаре.

Существует категория больных с поздними сформированными стриктурами пищевода,

у которых постоянно развивается 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 времени в нашей клинике зарегистрировано 23 (8,8%) таких пациентов.

В настоящее время известен альтернативный метод лечения постожоговых рубцовых стритур пищевода: «Эндоскопическое стентирование» [2]. 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 производится после премедикации под местной анестезией в положении больного на левом боку. После предварительно выполненной максимальной дилатации стриктуры и проведенной противоотечной терапии, под рентгенологическим контролем за место стриктуры устанавливается металлический проводник. По проводнику в проецируемое место стриктуры на доставляющем устройстве заводится покрытый нитиноловый саморасширяющийся стент, имеющий полностью покрытую конструкцию. Проксимальный конец стента устанавливаем на 2,0 – 3,0 см выше края стриктуры. Удерживая поршень в неподвижном состоянии, освобождаем стент из системы. Последний остается в месте стриктуры и в течение 3 – 5 суток расправляется.

Затем проводим фиксацию стента к ушной раковине пациента за нить, выведенную через носовую хоану. Для этого вводим назальный катетер в глотку через носовой ход. С помощью зажима захватываем катетер и выводим его через рот. Используя проволочный крючок, проводим шелковую нить, выходящую изо рта, через назальный катетер. Проводим назальный катетер в пищевод по шелковой нити до контакта с верхним концом стента, это предотвращает раздражение слизистой оболочки носовой полости и пищевода шелковой нитью. Катетер, прикрывающий шелковую нить, фиксируем к ушной раковине пациента.

Стент сохраняем в просвете пищевода 1,5 - 2 месяца. В случае миграции в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта (реканализации стриктуры ранее указанного срока) стент удаляем по требованию. Экспозиция стента в просвете пищевода 1,5 - 2 месяца является достаточной для заживления стриктуры, достижения надежной дилатации пищевода. На фоне длительного нахождения (более 2 месяцев) стента в просвете пищевода возникает грануляционный стеноз. Также постоянное воздействие эндопротеза на стенку пищевода приводит к нарушению микроциркуляции в пораженной части органа, дегенеративным, дистрофическим изменениям в слизистой оболочке [3, 4].

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 3 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, уменьшаются в диаметре только проксимальная и дистальная часть конструкции, а сам стент на всем протяжении остается в раскрытом состоянии, что создает сложности для манипуляции в ограниченном пространстве. Как утверждает Ф.А. Черноусов и соавт. (2010), стенты имеющие сегментарное строение имеют особенность разрушаться в местах соединения сегментов и мигрировать частями, что невозможно контролировать [3, 5].

В наших наблюдениях у 1 больного стент мигрировал в дистальные отделы подвздошной кишки и вызвал пролежень последней в проекции проксимального и

дистального концов стента (рис. 3), 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 сутки с момента установления. По всей видимости, за этот промежуток времени стриктура полностью раскрывалась и реканализовалась.

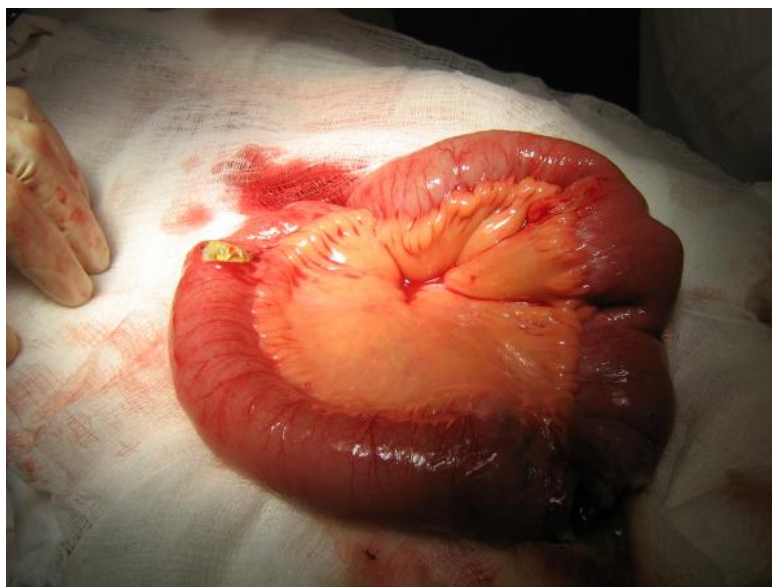


Рис. 3

Стентирование саморасправляющимися металлическими эндопротезами на длительный срок (от 6 до 16 месяцев) сопровождается 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 приводит к его врастанию в стенку пищевода, ее некрозу и образованию пролежней [3, 6]. 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.

Результаты

После извлечения нитиноловых конструкций у 12 (75%) больных достигнута стойкая ремиссия (срок наблюдения 3 года). Явлений дисфагии не отмечается. У 4 человек развился рецидив стриктуры, что явилось показанием к выполнению реконструктивной восстановительной операции.

Обсуждение

Достоинством предложенного временного стентирования на срок не более двух месяцев является 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 [7].

Такое сочетание манипуляций позволяет равномерно, дозировано максимально дилатировать стриктуру; исключить рецидив ее образования; получить выраженный и стабильный клинический эффект. 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.

Заключение

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. Считаем принципиальным использовать для этой манипуляции только полностью покрытые, цельно плетеные конструкции, с обязательной внешней фиксацией. Срок экспозиции стента не более 2 месяцев, либо извлечение по необходимости.

Литература

1. Белоконев В.И., Замятин В.В., Измайлов Е.П. Диагностика и лечение повреждений пищевода. (Серия «Трудные вопросы практической хирургии».) Монография. – Самара: ГП «Перспектива». - 1999. – 160 с.
2. Королев М. П., Федотов Л.Е., Смирнов А.А., Филонов А.Л. Эндоскопическое стентирование стриктур пищевода. // Эндоскопическое стентирование стенозирующих заболеваний желудочно-кишечного тракта; мастер-класс 19-20 июня 2008 года. – Сборник тезисов. – 2008. - с. 35-43.
3. Черноусов Ф.А., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Шестаков А.Л. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода. // Endo Хирургия. XI съезд хирургов России. Сборник тезисов. – 2010. – с. 15 – 18
4. Lee S.H. Значение эзофагеального стентирования в консервативном лечении стриктур пищевода. The British journal of Radiology. – 2001.- №74. - С. 891-900.
5. Song HY, Jung HY, Park SI, Kim SB, Lee DH, Kang SG, et al. Covered retrievable expandable Nitinol stems in patients with benign esophageal strictures: initial experience. Radiology 2000; 217: 551-7.
6. Fan Z, Dai N, Chen L. Expandable thermal shaped memory metal esophageal stent: experiments with a new nitinol stent in 129 patients. Gastrointest Endosc 1997; 46: 352-7.
7. Смирнов А.А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода. Автореферат. – 2010. - с. 14 – 15.