

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования»

Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, А.В. Шелехов

СТРИКТУРЫ ЭЗОФАГОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ: ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ И ЛЕЧЕНИЕ

Методические рекомендации

Иркутск – 2011

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования»

Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, А.В. Шелехов

СТРИКТУРЫ ЭЗОФАГОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ И ЛЕЧЕНИЕ

Методические рекомендации

Иркутск – 2011

ВВЕДЕНИЕ

Рубцовые стенозы эзофагодигестивных анастомозов после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка по поводу рака желудка – относительно частая патология, которая в определенном проценте наблюдений требует повторных реконструктивных операций.

Еще F.H. Lahey, S.F. Marshall в 1950 г. отметили, что рубцовый стеноз пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии встречается в 30,2 % наблюдений. В последующем K. Nakayama (1955), обследуя 236 больных после гастрэктомии, диагностировал стриктуры эзофагодигестивных соустьев: в 12,5 % наблюдений – при формировании пищеводно-кишечного анастомоза и в 56,7 % – пищеводно-дуоденального анастомоза. Автор акцентировал внимание на то, что наиболее часто стриктуры пищеводно-кишечного анастомоза (88,9 %) возникают при интерпозиции тонкой кишки.

M. Rossetti (1963) наблюдал 107 оперированных больных в сроки от 8 месяцев до 8 лет. В 20 % наблюдений выявил рубцовые стенозы эзофагодигестивных анастомозов.

Б.В. Петровский и соавт. (1981) при анализе 541 больного после проксимальной резекции желудка и гастрэктомии у 51 (9,4 %) выявили стеноз эзофагодигестивных анастомозов. Авторы обратили внимание на то, что пищеводно-желудочные анастомозы рубцевались в 5,5 раза чаще, чем пищеводно-кишечные.

По данным ряда авторов, аппаратный шов в сравнении с ручным увеличивает частоту возникновения стриктур эзофагодигестивных анастомозов (Плотников В.И., 1981; Пирогов А.И., 1989). Частое развитие стриктур эзофагодигестивных анастомозов А.И. Пирогов (1989) связывает с возникновением рефлюкс-эзофагита в 100 % наблюдений в группе с аппаратным швом.

В настоящее время выделяют ряд факторов, ведущих к развитию стриктур эзофагодигестивных анастомозов.

Ведущей причиной развития этого осложнения является дезадаптация швов слизистых оболочек пищевода и тонкой кишки/желудка в ранние сроки после операции (Гусева Л.Н., 1957). В этих условиях заживление линии шва соустья идет по типу вторичного натяжения с развитием соединительной ткани в области стыка органов (Петерсон Б.Е., 1967).

Второй по частоте причиной стенозирования эзофагодигестивных анастомозов после проксимальной резекции желудка/гастрэктомии является послеоперационная недостаточность швов соустья (Петерсон Б.Е., 1967; Макаренко Т.П., 1972).

К третьей причине сужения эзофагодигестивных анастомозов относят рефлюкс-эзофагит (Макаренко Т.П., 1972).

Б.Е. Петерсон (1972) на основании клинико-инструментальных данных предложил классифицировать стриктуры эзофагодигестивных анастомозов по степеням тяжести:

УДК 616.329-007.271-072.1

ББК 54.131.052-4

P24

Утверждено Методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 07.04.2011

Рецензенты

В.Г. Лалетин – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом онкологии ГОУ ВПО ИГМУ;

В.А. Белобородов – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом урологии ГОУ ВПО ИГМУ

Расулов, Р.И.

P24 Стриктуры эзофагодигестивных анастомозов: эндоскопический контроль и лечение: метод. рекомендации / Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, А.В. Шелехов. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. – 16 с.

Обсуждаемый метод эндоскопического лечения стриктур эзофагодигестивных анастомозов прост в исполнении, не требует дорогостоящей аппаратуры, не занимает много времени и, при строгом соблюдении техники манипуляции, безопасен для пациентов. При использовании способа можно быстро добиться стойкого положительного клинического эффекта и избежать тяжелых реконструктивных операций у больных с этой патологией.

Методические рекомендации предназначены для врачей-эндоскопистов, хирургов, онкологов.

УДК 616.329-007.271-072.1

ББК 54.131.052-4

ОБСУЖДАЕМАЯ МЕТОДИКА

В повседневной практике в Иркутском областном онкологическом диспансере для лечения стриктур эзофагодигестивных анастомозов используют методику, разработанную О.Ю. Кушниренко и В.Ю. Подшиваловым в Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования.

ФОРМУЛА МЕТОДА

Предлагаемый авторами метод эндоскопического электрохирургического лечения стриктур пищеводных анастомозов (включающий инцизию, эксцизию рубца и бужирование соустья) прост в исполнении, не требует дорогостоящей аппаратуры, не занимает много времени и, при строгом соблюдении техники манипуляции, безопасен для пациентов. При использовании способа можно быстро добиться стойкого положительного клинического эффекта и избежать тяжелых реконструктивных операций у больных с этой патологией.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Для выполнения лечебно-диагностической манипуляции используют аппараты и инструменты фирмы «Olympus»: торцевые эндоскопы GIF Q-20 и Q-30, видеозэндоскоп GIFXQ-200, электрохирургический блок UES-2, точечный (CD-2L) и игольчатый (KD-1L) электроды, эндоскопическая петля KD-2L и полые бужи авторского исполнения.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Сложность проведения электрохирургической инцизии рубца зависит от локализации суженного просвета эзофагодигестивного анастомоза.

Сужение может располагаться как в центре стриктуры (центричные стриктуры), так и на ее периферии (эксцентричные стриктуры). По этой причине необходимо выбрать оптимальную технику эзофагоскопической манипуляции – инцизию (рассечение) или эксцизию (иссечение) рубцовой стриктуры эзофагодигестивного анастомоза.

Разработанный авторами метод эндоскопического лечения стриктур пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов включает электрохирургическое рассечение стенозированных соустьев или иссечение сектора рубца с последующим бужированием анастомоза.

I степень – непостоянная дисфагия. Рентгенологически просвет соустья составляет 1/3-1/4 просвета пищевода. При эндоскопическом осмотре диаметр анастомоза 0,5-0,8 см.

II степень – постоянная дисфагия. Рентгенологически просвет соустья равен 1/4-1/6 просвета пищевода. Умеренно выражено супрастенотическое расширение органа. Эндоскопически диаметр соустья от 0,3 до 0,5 см.

III степень – постоянная дисфагия на жидкую и твердую пищу. Выражено супрастенотическое расширение органа. Задержка бария при рентгеноскопии отмечается на несколько часов. Эндоскопически диаметр соустья менее 0,3 см.

Лечение стриктур эзофагодигестивных анастомозов в основном эндоскопическое, так как повторные реконструктивные операции сложны, обширны и не гарантируют от возникновения рестеноза (Галлингер Ю.И., 1997; Pierie J.P., 1991).

А.Л. Андреев и Ю.И. Галлингер (1992) предложили баллонную дилатацию соустьей, которую сочетали с электроинцизией рубца при фиброэзофагоскопии и временным эндопротезированием эзофагодигестивного анастомоза. Авторами отмечено, что эндоскопическая баллонная дилатация позволяет достичь положительного терапевтического эффекта у 60% больных (Галлингер Ю.И., 1989).

Э.А. Годжелло и соавт. (1995) сообщили об эндоскопическом электрохирургическом лечении 17 больных, которым была успешно выполнена инцизия рубцово-суженного пищеводно-кишечного анастомоза.

В.Н. Малашенко и соавт. (1998) провели электрохирургическое эндоскопическое рассечение рубцового сужения пищеводно-кишечного анастомоза из 4-х точек от центра к периферии у 9 больных. Авторы отметили удовлетворительные результаты проведенного эндоскопического лечения.

М.В. Вусик и С.А. Тузиков (1998) наблюдали 17 больных со стриктурой эзофагодигестивных анастомозов. Авторами предложена методика электроэксцизии рубца петлей SD-1 L фирмы «Olympus». В 15 наблюдениях достигнут удовлетворительный результат лечения. У 2 больных диагностирован рестеноз пищеводно-кишечного анастомоза, который потребовал хирургического лечения.

П.И. Заварзин (1995) предложил вводить актовегин в слизистую пищеводно-кишечного анастомоза. Автор считает, что актовегин обладает хорошим лизирующим эффектом рубцовых тканей и восстанавливает проходимость пищеводно-кишечного соустья.

И.М. Сахнин и Р.Э. Раск (1995) для рассечения стенотического участка пищеводно-кишечного анастомоза применили АИГ-неодимовый лазер.

Д.Ш. Хасанов и В.Ю. Муравьев (1998) наблюдали 43 больных со стриктурой пищеводно-кишечного и 5 - со стриктурой пищеводно-желудочного анастомоза. Авторы предложили эндоскопическое рассечение стриктур с помощью игольчатого электрода с последующим «слепым» бужированием пищеводного анастомоза (до бужа № 40).

Сначала ниже эзофагодигестивного соустья вводят струну, затем буж. Эту лечебную процедуру делают по 2-3 раза каждому больному до получения стойкого клинического эффекта, который проявляется исчезновением дисфагии. Всем больным проводят эндоскопический и рентгенологический контроль.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Стриктуру эзофагодигестивных анастомозов устанавливают на основании клиники (дисфагии), рентгенологических и эндоскопических данных. Рентгенологически у этих больных определяется супрастенотическое расширение пищевода, которое зависит от степени сужения пищеводно-кишечного/пищеводно-желудочного анастомозов. При фиброэзофагоскопии диагноз стенозирования эзофагодигестивного соустья ставят при его сужении менее 1 см.

В клинической практике наиболее удобной классификацией рубцовых сужений эзофагодигестивных анастомозов является классификация Б.Е. Петерсона (1972).

На рисунке 1 иллюстрирована центричная стриктура пищеводно-кишечного анастомоза (стеноз до 0,4 см). Стриктура рассечена в двух радиальных направлениях с иссечением сектора рубца с полным восстановлением проходимости анастомоза (рис. 2).

Рубцовое сужение пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии в результате рефлюкс-эзофагита, как правило, развивается в более отдаленные сроки после операции (2-4 года). Клиника у этой группы больных характеризуется наличием болей за грудиной, изжоги, горечи во рту и срыгиванием желчью. Постепенно у больных появляется затрудненное прохождение пищи (сначала твердой, а затем жидкой). С течением времени дисфагия нарастает.

Рубцовое стриктурирование эзофагодигестивного анастомоза может привести к полной непроходимости органа. На рентгенограмме пищевода (рис. 3) видна полная стриктура органа с его супрастенотическим расширением до 6-7 см. При фиброэзофагоскопии имеется двойная стриктура до 0,2 см каждая. Обе они располагаются эксцентрично (на латеральных стенках пищеводно-кишечного анастомоза). В центре соустья определяется грубая рубцовая «перетяжка» шириной до 0,5 см (рис. 4). Произведена эндоскопическая электрохирургическая инцизия рубца с полным восстановлением проходимости пищевода.

На рисунке 5 представлена эксцентричная стриктура пищеводно-желудочного анастомоза. Эндоскопическим методом рассечена с полным восстановлением проходимости органа (рис. 6).

Методика лечения заключается в следующем. Перед процедурой больному делают премедикацию, которая включает растворы омнопона или морфина, реланиума и атропина в физиологических дозировках.

Эндоскопию проводят под местной анестезией глотки раствором 10 % лидокаина.

После введения в пищевод торцевого эндоскопа оценивают форму, размеры и расположение стенотического кольца эзофагодигестивного анастомоза. При эксцентричном расположении стриктуры соустье рассекают в радиальном направлении поэтапно по 0,2-0,3 см, выбирая для рассечения наибольший радиус стенотического кольца.

При стенозе пищеводно-кишечного анастомоза III степени (диаметр соустья менее 0,3 см), первоначально необходимо расширять его просвет точечным (CD-2L) или игольчатым электродом (KD-1L). После этого вводят эндоскопическую петлю KD-2L, которую раскрывают в виде дуги на 1 см и проводят рассечение рубца.

Инструменты, которые обычно используют для эндоскопической папиллосфинктеротомии, мало пригодны для инцизии рубцово-суженных эзофагодигестивных анастомозов, так как токопроводящая струна у них длинней и они открываются при натяжении в виде "тетивы лука", что является неудобным при проведении лечебной манипуляции во время эзофагоскопии.

При использовании диатермической петли необходимо четко видеть момент рассечения рубца, которое должно быть поэтапным с целью исключения ожога слизистой и перфорации пищевода.

Кроме того, авторы предлагают рассекать диатермической петлей стенотический участок эзофагодигестивного анастомоза в двух радиальных направлениях с иссечением сектора рубцовой стриктуры. Обсуждаемый метод более эффективный при эксцизии рубцового кольца эзофагодигестивных анастомозов с центричным расположением стриктуры (рис. 2).

Бужирование эзофагодигестивных анастомозов после эндоскопического рассечения является обязательной процедурой, которая служит мерой профилактики рестеноза пищеводно-кишечного/пищеводно-желудочного анастомозов. Манипуляцию проводят в 2-3 этапа через 2-е суток после инцизии/эксцизии рубца.

Бужирование выполняют полыми бужами по струне. Это наиболее безопасный метод проведения манипуляции при стенотических процессах в пищеводе любой этиологии, включая стриктуры пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов (Ванцян Э.Н., 1971).

Для бужирования применяют буж 2 см в диаметре, изготовленный из пластмассы, конически суженный и полый внутри. Через отверстие в нем проводят струну, выполненную из нержавеющей стали. На дистальном конце струны имеется пружина с шариком 0,2 см в диаметре. Последний (шарик) установлен для профилактики перфорации пищевода при проведении приема бужирования.

Манипуляцию проводят под рентгенологическим контролем.

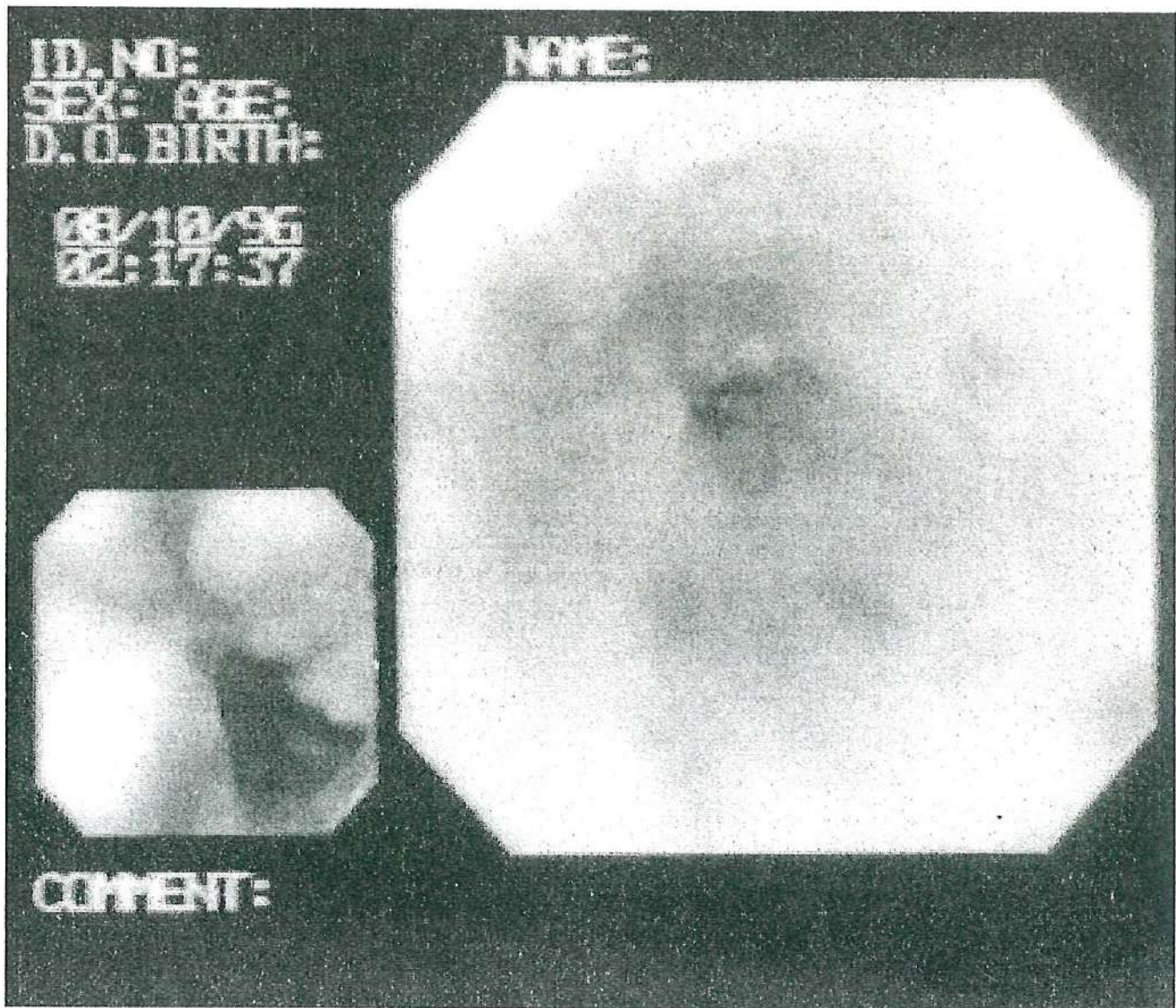


Рис. 2. Эндоскопическая картина центричной стриктуры пищеводно-кишечного анастомоза. Слева иссечен сектор рубца

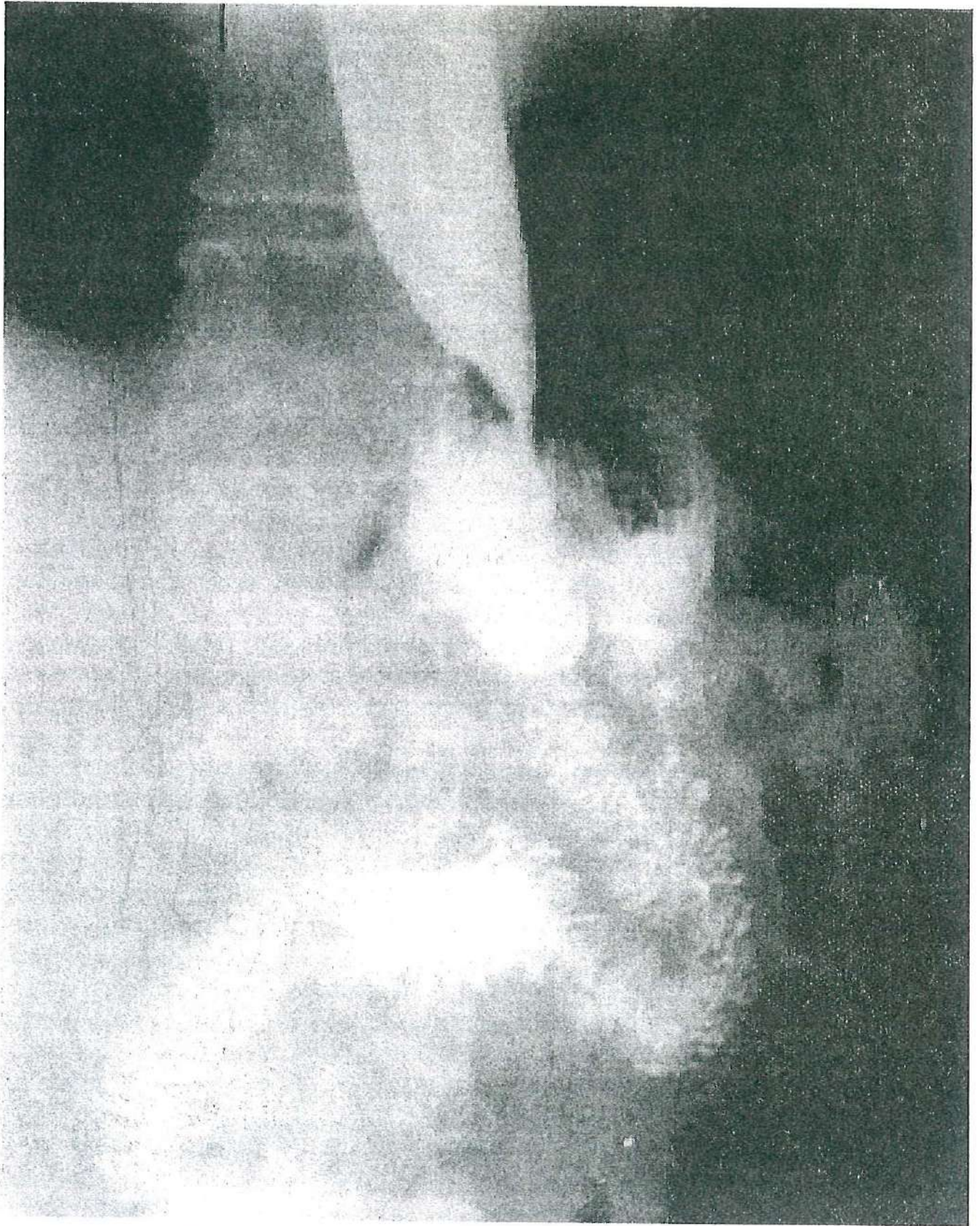


Рис. 1. Рентгенологическая картина стриктуры пищеводно-кишечного анастомоза

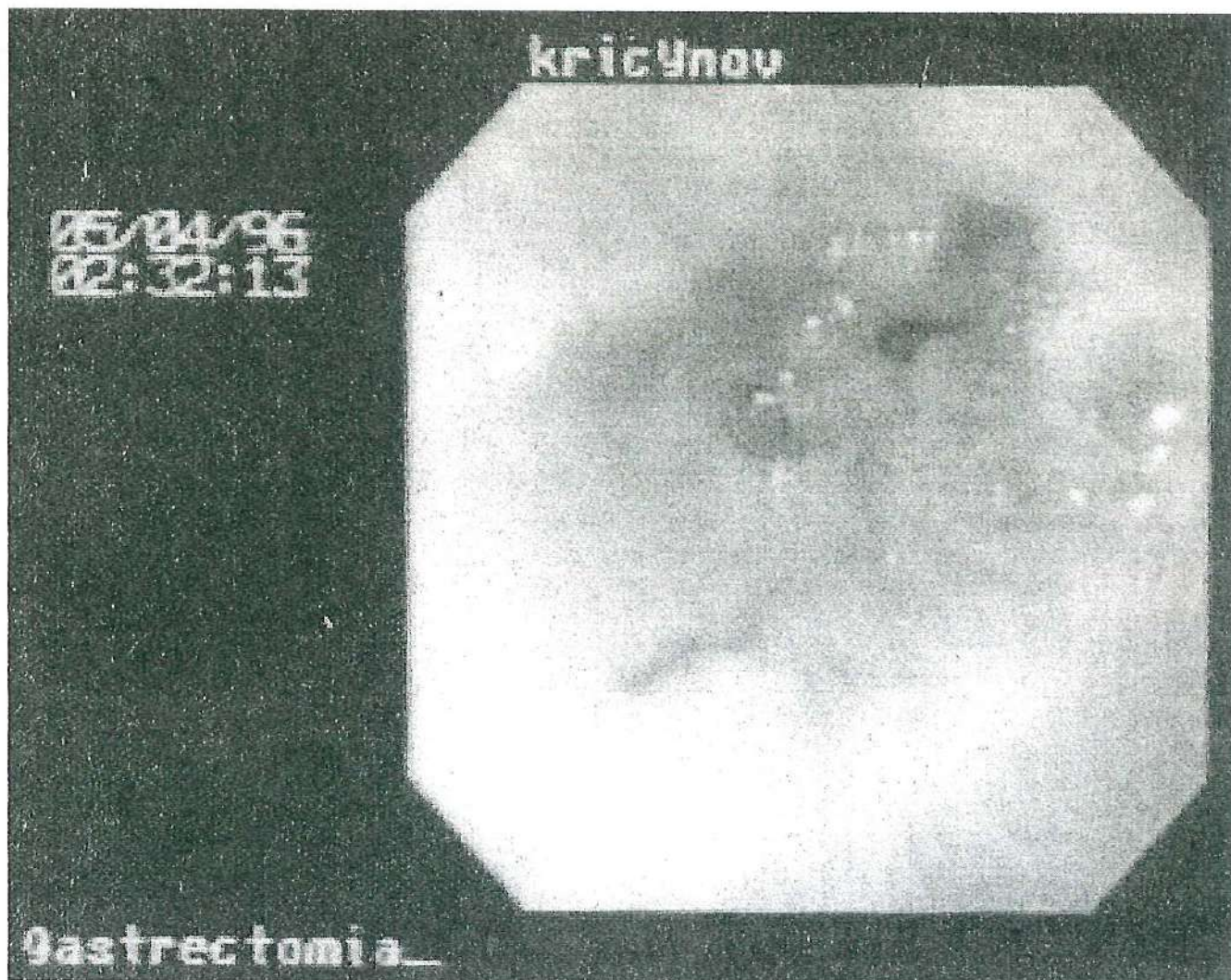


Рис. 4. Двойная эксцентричная стриктура
пищеводно-кишечного анастомоза

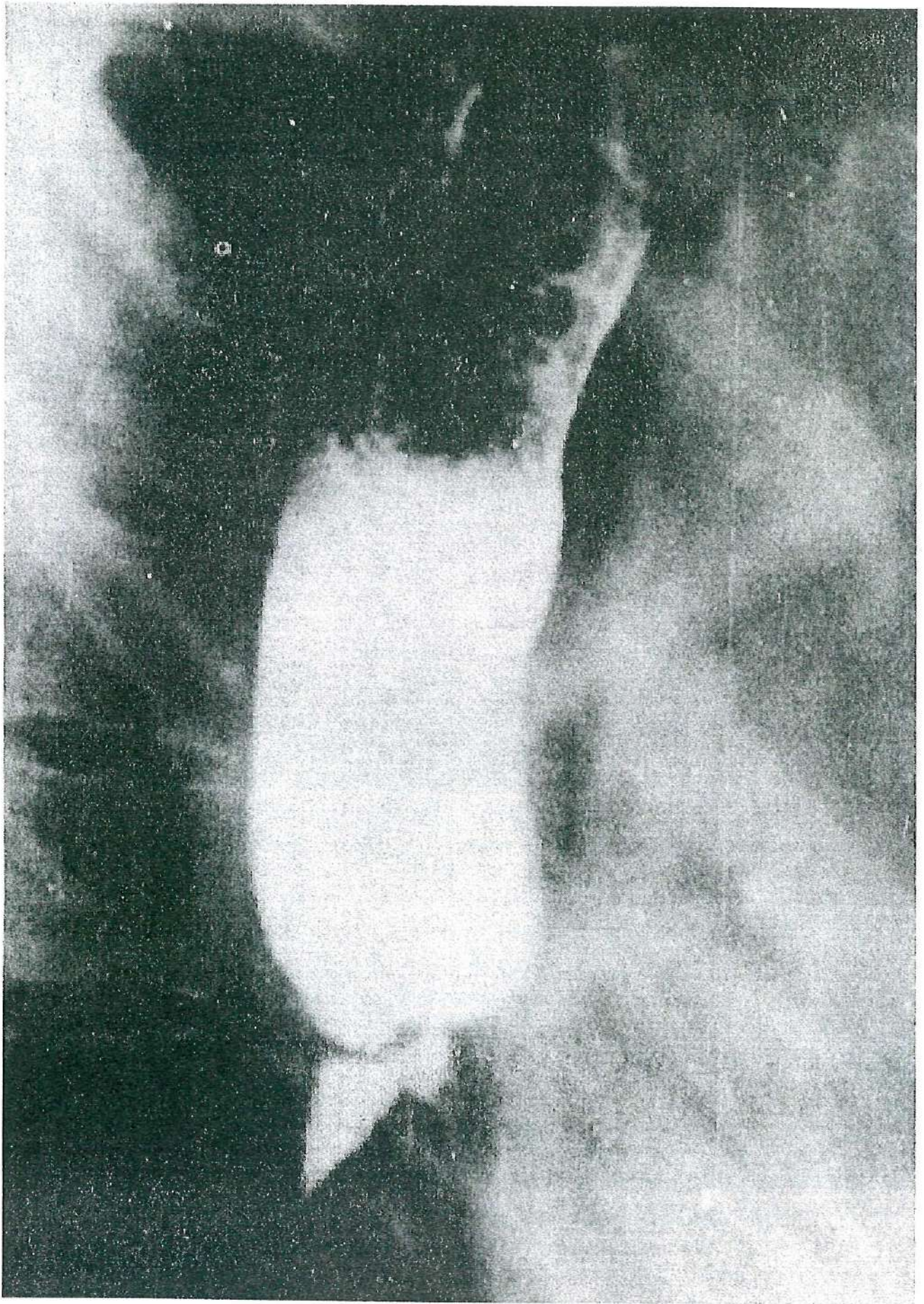


Рис. 3. Рубцовая стриктура пищеводно-кишечного анастомоза с полной непроходимостью соустья

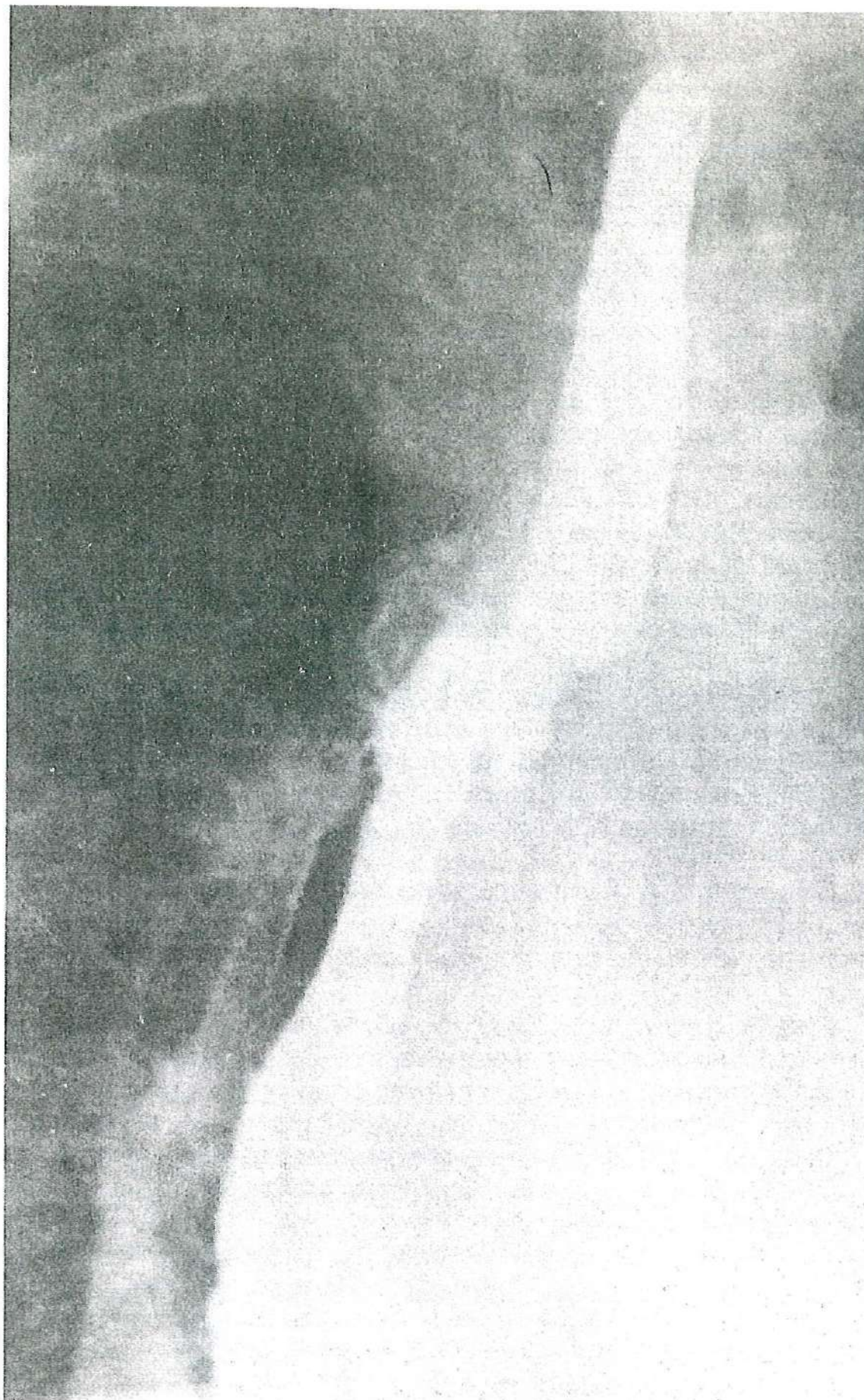


Рис. 6. Восстановление проходимости
пищеводно-желудочного анастомоза

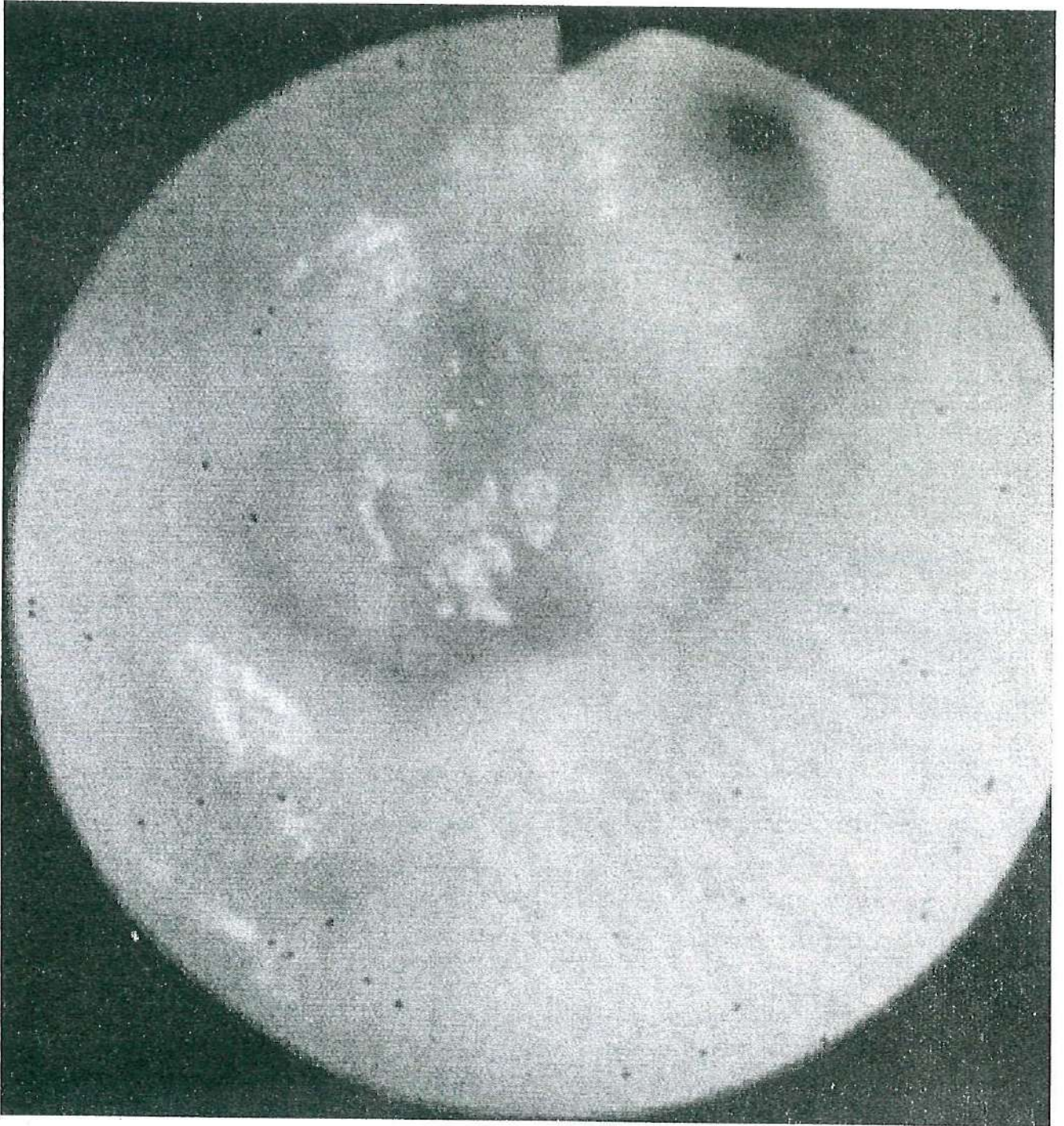


Рис. 5. Эксцентричная стриктура пищеводно-желудочного анастомоза

11. Макаренко, Т.П. Рубцовый стеноз пищеводного анастомоза после радикальных операций по поводу рака желудка / Т.П. Макаренко, Л.Г. Харитонов // Хирургия. – 1975. – С. 30-36.

12. Петерсон, Б.Е. Рубцовое сужение пищевода-кишечного и пищевода-желудочного анастомозов / Б.Е. Петерсон, В.И. Малышева, В.И. Плотников // Хирургия. – 1967. – № 8. – С. 78-85.

13. Петерсон, Б.Е. Рак проксимального отдела желудка / Б.Е. Петерсон. – М., 1972. – С. 214.

14. Рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов / Б.В. Петровский [и др.] // Хирургия. – 1981. – № 9. – С. 3-8.

15. Заживление пищевода-желудочного анастомоза, наложенного с помощью компрессионных сшивающих аппаратов / А.И. Пирогов [и др.] // Советская медицина. – 1989. – № 4. – С. 12-15.

16. Плотников, В.И. Рубцовое сужение соустьев с пищеводом после проксимальной резекции желудка и гастрэктомии: дис. ... канд. мед. наук / В.И. Плотников. – М., 1968.

17. Сахнин, И.М. Использование лазера при рубцовых сужениях пищеводных анастомозов / И.М. Сахнин, Р.Э. Раск // 1-й Московский международ. конгр. по эндоскопической хирургии. – М., 1995. – С. 183-184.

18. Хасанов, Д.Ш. Лечение рубцовых стриктур пищевода-желудочного и пищевода-кишечных анастомозов / Д.Ш. Хасанов, В.Ю. Муравьев // Рос. симп. «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 206-208.

19. Ziganshin, R. New way of formation esopagoenterostomy / R. Ziganshin, O. Kushnirenko, S. Sovtsov // 8 th World congress of the international Gastro-Surgical Club IGSC Joint Meeting of Surgeons and Gastroenterologists. April 15-18, 1998, Strasbourg, France. Poster 46. Group E/F. – P. 154. «New way of formation esopagoenterostomy». 8 th World congress of the international Gastro-Surgical Club IGSC Joint Meeting of Surgeons and Gastroenterologists. April 15-18., 1998., Strasbourg, France. Poster 46. Group E/F. – P. 154.

20. Lahey, F.H. Should total gastrectomy be employed in early carcinoma of the stomach (Experience with 189 total gastrectomy) / F.H. Lahey, S.F. Marshall // Mem.Surg. – 1950. – № 132. – P. 540-546.

21. Nakayama, K. Die Beurteilung verschiedener Operativer Methoden fur die totale Gastrectomie / K. Nakayama // Chirurg. – 1955. – № 26. – S. 266-272.

22. Pierie, J.P. Incidence and management of benign anastomotic stricture after cervical oesophagogastronomy / J.P. Pierie, P.W. deGraaf, H. Poen // Br. J. Surg. – 1991. – Vol. 8. – № 4. – P. 471-474.

23. Rossetti, M. Die operierte Speiserohre / M. Rossetti. – Stuttgart, 1963.

Заключая вышеизложенное, отметим, что эндоскопическое электрохирургическое рассечение доброкачественных рубцовых стриктур пищевода-кишечного анастомоза после гастрэктомии и пищевода-желудочного анастомоза после проксимальной резекции желудка по поводу рака является высокоэффективным эндоскопическим методом лечения, которое у большинства больных с этим тяжелым послеоперационным осложнением позволяет избежать реконструктивной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев, А.А. Эндоскопические вмешательства при рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов / А.А. Андреев, Ю.И. Галлингер // Хирургия. – 1992. – № 4. – С. 8-13.
2. Ванцян, Э.Н. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода / Э.Н. Ванцян, Р.А. Тоцаков. – М.: Медицина, 1971. – 260 с.
3. Вусик, М.В. Лечение рубцовых стриктур анастомозов после радикальных операций по поводу рака желудка и пищевода / М.В. Вусик, С.А. Тузиков // Рос. симп. «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 165-166.
4. Галлингер, Ю.И. Эндоскопическая баллонная гидродилатация рубцовых сужений пищевода и пищеводных анастомозов / Ю.И. Галлингер, А.Ф. Черноусов, А.Л. Андреев // Хирургия. – 1989. – № 4. – С. 30-33.
5. Галлингер, Ю.И. Эндоскопическая хирургия рубцовых стриктур пищеводных анастомозов / Ю.И. Галлингер, Э.А. Годжелло // Эндоскоп. хирургия. – 1997. – № 3. – С. 29-33.
6. Годжелло, Э.А. Возможности лечебной эндоскопии в лечении рубцовых стриктур пищеводных анастомозов / Э.А. Годжелло // 1-й Московский международ. конгр. по эндоскопической хирургии. – М., 1995. – С. 164-165.
7. Гусева, Л.Н. Морфологическое исследование пищевода-желудочного и пищевода-кишечного анастомозов после радикальных операций по поводу рака пищевода и кардиального отделов желудка / Л.Н. Гусева // Хирургия. – 1957. – № 6. – С. 28-34.
8. Заварзин, П.И. Эндоскопическое лечение рубцовых стриктур пищевода / П.И. Заварзин // 1-й Московский международ. конгр. по эндоскопической хирургии. – М., 1995. – С. 167-168.
9. Кушниренко, О.Ю. Эндоскопическое электрохирургическое рассечение доброкачественных стриктур пищевода / О.Ю. Кушниренко, В.И. Ручкин, Г.Н. Суетин // Хирургия. – 1989. – № 9. – С. 124-125.
10. Малашенко, В.Н. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода-кишечных анастомозов и анастомозитов / В.Н. Малашенко, А.А. Чумаков, А.Н. Хорев // Рос. симп. «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 182-184.

*Расулов Родион Исмагилович,
Дворниченко Виктория Владимировна,
Шелехов Алексей Владимирович*

СТРИКТУРЫ ЭЗОФАГОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ: ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ И ЛЕЧЕНИЕ

Методические рекомендации

Корректор Ю.Н. Семёнычева
Оператор электронной вёрстки А.В. Зайцев

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.
Усл. п. л. 1,0. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 100. Заказ 1/105.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, к. 302.
Тел. (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru