

МАТЕРІАЛИ ІV СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

26-27 травня 2011 р., м.Полтава — м.Миргород, Україна

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СТЕНТІВ ПРИ СТРИКТУРАХ ДИГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ

Наштенко І.Л., Довбенко О.В., Довбенко В.С.

Кафедра загальної хірургії №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна
Відділення ендоскопічної хірургії, клініки торакоабдомінальної хірургії Військово-медичного клінічного центру Південного регіону МО України, Одеса

Вступ

Стриктри стравохідно-кишкових і міжкишкових анастомозів є одним з ускладнень, що найчастіше зустрічаються, після реконструктивних операцій на органах шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що вимагають додаткових коригуючих втручань [7]. Застосування зшиваючих апаратів при формуванні дигестивних анастомозів зменшує можливість розвитку їх стриктур, проте, в 9-30% випадків стравохідно-кишкових і міжкишкових анастомозів має місце їх клінічно значуще стенозування [1,3-6].

Результати проведення повторних реконструктивних операцій незадовільні через значну кількість післяопераційних ускладнень де летальність досягає 25% [2,5]. Бужування, балонна дилатація стриктур дають короточасний ефект і вимагають повторного їх проведення із-за розвитку рестенозу в 32% випадків [1,9]. Альтернативним методом вирішення проблеми є проведення ендоскопічного стентування стентами, що самі розправляються (ССР) [8,10].

Матеріали і методи

Ми маємо в своєму розпорядженні досвід застосування дигестивного ендостентування у 8 пацієнтів. Всі вони перенесли оперативні втручання з приводу злоякісних новоутворень ЖКТ різної локалізації. Пухлинне ураження кардіального відділу і тіла шлунку спостерігалася у 3 пацієнтів, ще 5 пацієнтів прооперовано з приводу раку верхньої — та середньо-ампулярного відділу прямої кишки.

У 2 хворих після гастректомії були сформовані езофагоєюноанастомози "кінець в кінець" апаратним швом (діаметр голівки апарату 25 мм). Одному хворому — анастомоз "кінець в кінець" ручним швом. Рубцеве стенозування анастомозу розвинулося через 5-6 місяців після операції і виявлялося явищами дисфагії, болями в епігастральній області, гіперсалівацією, блювотою, втратою маси тіла.

Сигморектальні анастомози 3 пацієнтам були сформовані "кінець в кінець" апаратним швом (діаметр голівки апарату 33 мм), двом — ручним способом. Через 8 місяців після операції у 2 пацієнтів діагностований пухлинний стеноз (рецидив раку) зони анастомозу, одному з них анастомоз сформувалася апаратним швом, другому — ручним способом. Ускладнення виявлялися явищами часткової товстокишкової непрохідності, частими тенезмами.

Всім хворим проводилися курси адьювантної хіміотерапії в режимі клініки Мейо. Одному хворому з ректальним раком проведений курс променевої терапії. Діагностика стриктур дигестивних анастомозів базувалася на клінічній картині і даних фіброколоноскопії з обов'язковим гістологічним дослідженням біоптатів зони стенозу.

Результати

Всім 8 пацієнтам виконано ендостентування зони стриктури ССР (рис. 1). Перед установкою ССР в обов'язковому порядку проводили або бужування або балонну дилатацію стриктури, за показаннями поєднували обидва способи розширення зони стенозу під ендоскопічним контролем (рис. 2). Після досягнення її прохідності ендоскопічно визначалася протяжність стенозу і стан доступних огляду ділянок кишки. Бужуванням і балонною дилатацією добивалися розширення зони стенозу до 20-22 мм в діаметрі, при цьому в 5 (62%) спостереженнях спостерігалася достатньо значуща кровотеча. Гемостаз здійснювався в 3 випадках електрокоагуляцією і в 2 — тривалою експозицією балонного дилатора в зоні стриктури. Установка ССР проводилася ендоскопічно по загальноприйнятій методиці.

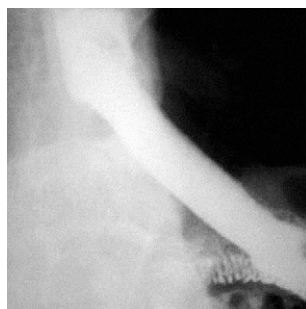


Рис. 1
ССР стеноза езофагоєюноанастомозу.

При ендостентуванні стриктури езофагоєюноанастомозу в усіх випадках встановлювали ССР діаметром 22 мм. Задовільне функціонування стентів спостерігалася впродовж 10-14 місяців (рис. 3). Ускладнень пов'язаних з ендостентуванням не було.

При стриктурах сигморектальних анастомозів встановлювали стенти діаметром 22-24 мм (рис. 4). В одному випадку мала місце міграція стенту на тлі рецидиву раку через 3 місяці після його установки, що потребувало установки додаткового стенту діаметром 25 мм. Ще в одному випадку через тиждень після установки ССР розвинувся виразковий проктит (пролежень) дистальної ділянки кишки розмірами 2х3см (рис. 5). Медикаментозними заходами (мікроклізмами з маслом обліпихи, клізмами з салюфальком, введення нефлуана-гелю) вдалося добитися загоєння виразки без видалення стенту.

Висновок

Ендоскопічне застосування ССР при стриктурах дигестивних анастомозів є альтернативою у виборі способу лікування цього важкого ускладнення, що дозволяє значно обмежити показання до виконання повторних реконструктивних оперативних втручань.

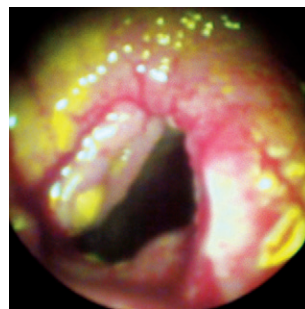


Рис. 2
Після балонної дилатації стриктури сигморектального анастомозу.

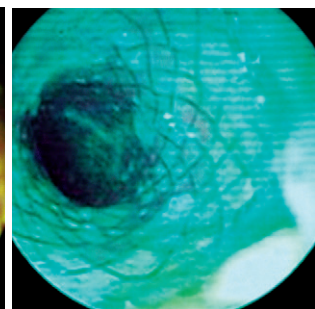


Рис. 3
ССР езофагоєюноанастомоза після 14 міс функціонування.

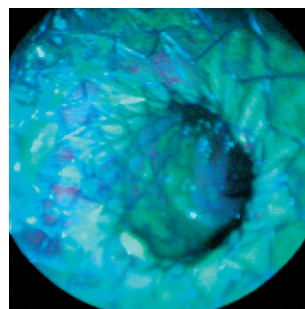


Рис. 4
ССР стриктури сигморектального анастомозу.

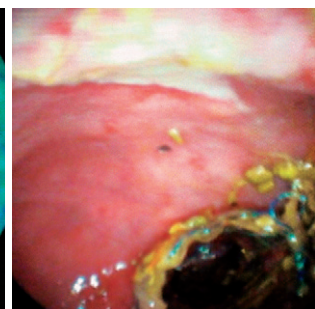


Рис. 5
Виразковий проктит — пролежень.

