

ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УДК 616.325/.34-089.843-06-089.843

СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

**В. В. Бойко^{1,3}, И. В. Белозёров², А. Н. Кудревич², Е. А. Новиков², С. А. Савви^{1,3},
В. Г. Грома^{1,3}, И. В. Сариян¹, А. Ю. Бодрова³, В. В. Жидецкий¹, Д. П. Замятин³**

1 - ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМНУ»,

2 – Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,

3 – Харьковский национальный медицинский университет

В основу данного исследования положен опыт лечения 57 пациентов, которые ранее перенесли операции по поводу рака желудка и пищевода. У этих больных были выявлены осложнения в виде рубцовой стриктуры пищевода и его несостоятельности. Больных с несостоятельностью эзофагогастроанастомоза было 9, с несостоятельностью эзофагоэнтероанастомоза – 11, с рубцовой стриктурой эзофагогастроанастомоза было 20, рубцовой стриктурой эзофагоэнтероанастомоза – 17. Всем больным было применено стентирование пищевода. Проведен анализ результатов использования указанного метода лечения.

Ключевые слова: гастрэктомия, субтотальная проксимальная резекция желудка, резекция пищевода, несостоятельность анастомоза, рубцовая стриктура анастомоза, стентирование пищевода.

Введение

Пищеводно-желудочная хирургия в настоящее время по-прежнему остается одним из наиболее технически сложных направлений в хирургии пищеварительного тракта. Связано это, как правило, с достаточно высокими показателями послеоперационной летальности, которая после гастрэктомии и резекции пищевода по данным различных источников составляет от 3,3 до 26,1% [5, 8]. Несостоятельность пищевода-желудочных анастомозов наблюдаются у 2,2–5,91%, пищевода-кишечных – у 6,3–32,0% больных [5, 8]. После гастрэктомии, резекций желудка и пищевода стенозы анастомозов формируются у 9–30% пациентов [7]. При использовании оперативного лечения стриктур пищеводных анастомозов летальность достигает 25%, в связи с чем в последнее время приоритет отдается поиску более эффективных миниинвазивных методов лечения стенозированных анастомозов [6]. Это способствовало созданию определенных устройств, развитию и дальнейшему применению эндоскопических технологий, которые в настоящее время являются ведущими в лечении стриктур пищеводных анастомозов [3, 6, 7]. Используются следующие способы реканализации просвета рубцовых стенозов анастомозов: лазерная, электро-, аргоноплазменная коагуляция, баллонная дилатация и бужирование.

Однако, несмотря на то, что в большинстве случаев получается расширить просвет в зоне сужения, из-за невозможности за один сеанс достичь положительного эффекта приходится выполнять повторные манипуляции [6, 7].

Как один из самых эффективных, миниинвазивных и безопасных методов лечения всё чаще используется эндоскопическое стентирование пищеводных анастомозов. Более того, применение этой методики при несостоятельности пищеводных анастомозов часто способствует спасению жизни больного при этом грозном осложнении [1, 2, 4, 9]. Для этого используют нитиноловые стенты, преимущественно с покрытием, которые обладают свойством самостоятельно расширяться. Преимуществом этих стентов является также наличие у некоторых моделей антимиграционного механизма. Также рефлюкс содержимого желудка или кишки в пищевод ликвидируется благодаря встроенному антирефлюксному клапану [9]. Кроме того, считается, что стентирование нитиноловых саморасширяющихся стентов является достаточно эффективной и безопасной процедурой [1, 2, 4, 9].

Цель исследования: проанализировать результаты применения стентирования пищеводных анастомозов при рубцовых стриктурах и несостоятельности пищеводных анастомозов.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2016 годы на базе ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМНУ» нами был накоплен опыт по применению стентов при лечении послеоперационных осложнений в зоне пищеводных анастомозов таких, как рубцовая стриктура анастомоза и несостоятельность анастомоза. Было произведено стентирование анастомозов 37 пациентам с рубцовой стриктурой пищеводного анастомоза, 20 пациентам – по поводу несостоятельности пищеводного анастомоза. 17 больных с рубцовой стриктурой пищеводного анастомоза ранее перенесли гастрэктомию по поводу рака желудка, 4 пациента – субтотальную проксимальную резекцию желудка по поводу рака кардиального отдела желудка, 10 – резекцию пищевода с эзофагогастропластикой по Льюису по поводу рака пищевода, 6 – резекцию пищевода с эзофагогастропластикой по Гарлоку по поводу рака пищевода. 10 больных с несостоятельностью пищеводных анастомозов перенесли ранее гастрэктомию по поводу рака желудка, 4 – субтотальную проксимальную резекцию желудка по поводу рака кардиального отдела желудка, 5 – резекцию пищевода с эзофагогастропластикой пищевода по Льюису по поводу рака пищевода, 1 – комбинированную гастрэктомию с пластикой желудка илеоцекальным сегментом.

Для стентирования пищевода применялись стенты фирм M.I.Tech Co., Korea: – 29 и Boston Scientific Corp., USA: покрытые пищеводные Ultraflex – 28.

На начальных этапах стенты устанавливались под рентгенологическим контролем в режиме ангиографа. Перед процедурой больным проводилась премедикация. Пациенты принимали водорастворимый контраст для визуализации зоны несостоятельности анастомоза или для определения начала рубцовой стриктуры анастомоза и её протяженности. Ставились рентгенконтрастные кожные метки. Также производилось эндоскопическое исследование. Эндоскоп проводился до верхнего края рубцовой стриктуры анастомоза или до зоны свищевого отверстия. Затем дистальнее анастомоза проводилась струна – направитель. Эндоскоп извлекался. После проведения доставочного устройства по струне под рентгенологическим контролем до необходимого уровня проводилось высвобождение стента. После окончательного раскрытия стента также выполнялся рентгенологический и эндоскопический контроль. По мере развития технологии процедура стентирования стала выполняться только под визуальным эндоскопическим контролем с последующим рентгенологическим контролем после установки стента.

Результаты и обсуждение

Успешная установка стента произведена в 100 % случаев. Клинический эффект был достигнут у всех пациентов. Сразу после стентирования больные могли принимать жидкость с последующим расширением диеты, согласно рекомендациям Университета Виргинии.

Больным с несостоятельностью пищеводных анастомозов в дальнейшем проводилось лечение местных осложнений: местный перитонит в результате затёков в зоне несостоятельности лечился путём проведения антибактериальной терапии и санационных промываний через установленные дренажи в брюшной полости. Лечение эмпиемы плевры в зоне затёков вследствие несостоятельности пищевода – желудочных анастомозов после резекции пищевода помимо антибактериальной терапии включало проточное дренирование плевральной полости с переходом на пункционный метод под контролем УЗИ после постепенного отграничения воспалительного процесса.

Все пациенты с несостоятельностью пищеводных анастомозов были выписаны из стационара без признаков несостоятельности анастомозов в удовлетворительном состоянии.

У всех пациентов со стриктурами пищеводных анастомозов, которым был установлен стент, отмечены хорошие функциональные результаты. Сразу же наблюдалось существенное уменьшение дисфагии. Через 3 – 5 суток после стентирования явления дисфагии полностью исчезали.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали 4 случая миграции стента: в одном случае – проксимальная, 3 случая – дистальная. Была произведена репозиция стентов с положительным эффектом.

Выводы

1. Стентирование пищевода саморасширяющимися стентами с покрытием является методом выбора при лечении пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов и позволяет избежать травматичных операций, особенно у ослабленных больных, а также позволяет спасти жизнь больным при этих тяжелых осложнениях.

2. При рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов, особенно при неуспешности других методов лечения (бужирование, баллонная дилатация) стентирование также является очень эффективным миниинвазивным методом, позволяющим восстановить проходимость желудочно – кишечного тракта и улучшить качество жизни больным, а также является альтернативой травматичным операциям по коррекции стриктуры пищеводного анастомоза.

Список литературы

1. Бобров О.Е. Лечение несостоятельности пищевода - тонкокишечного анастомоза / О.Е. Бобров, С.И. Киркилевский, В.И. Бучнев [и др.] // Таврический медико - биологический вестник. – 2005. – №1. – С.11 – 13
2. Бобров О.Е. Принципы лечения несостоятельности пищевода- тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии / О.Е. Бобров, С.И. Киркилевский, В.И. Бучнев [и др.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – №5; – 1 (9). – С.18 – 20.
3. Галлингер Ю.И. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода / Ю.И. Галлингер, Э.А. Годжелло // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №5. – С. 33–39.
4. Ганул В.Л. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов / В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский. – Киев. 2003. – 200 с.
5. Давыдов М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.2007. – 392с.
6. Кувшинов Ю.П. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у

- больных раком пищевода и желудка / Ю.П. Кувшинов, Б.К. Поддубный, О.Н. Ефимов [и др.] // Современная онкология. – 2000. – Т. 2, №3. – С.72–78.
7. Хаджибаев А.М. Эндоскопическая электрокоагуляция в лечении рубцовых сужений пищеводных анастомозов / А.М. Хаджибаев, З.М. Низаходжаев, Л.П. Струцкий, Н.З. Мадрахимов // Тез. докл. М. – 1999. – С. 310–311.
8. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов. – М.: АСТ, 2004. – 336 с.
9. Radecke K. Impact of self – expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients / K. Radecke, G. Gerken, U. Treichel // Gastrointest. Endosc. – 2005. – V.61, № 7. – P. 812–818.

СТЕНТУВАННЯ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ

**В. В. Бойко^{1,3}, І. В. Белозьоров², А. М. Кудревич², Є. А. Новіков², С. О. Савві^{1,3},
В. Г. Грома^{1,3}, І. В. Саріан¹, А. Ю. Бодрова³, В. В. Жидецький¹, Д. П. Замятин.³**

В основу даного дослідження покладено досвід лікування 57 хворих, які раніше перенесли операції з приводу раку шлунка та стравоходу. У даних пацієнтів розвинулися ускладнення у вигляді неспроможності стравохідних анастомозів і рубцевої стриктури стравохідного анастомозу. Хворих з неспроможністю езофагогастроанастомозу було 9, з неспроможністю езофагоентероанастомозу – 11, з рубцевою стриктурою езофагогастроанастомозу було 20, рубцевою стриктурою езофагоентероанастомозу – 17. Всім хворим було застосовано стентування стравохідного анастомозу. Проведена оцінка результатів використання зазначеного методу лікування.

Ключові слова: гастректомія, субтотальна проксимальна резекція шлунку, резекція стравоходу, неспроможність анастомозу, рубцевий стеноз анастомозу.

STENTING OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSIS

**V. V. Boyko, I. V. Belozorov, A.N. Kudrevich, Y. A. Novikov, S. A. Savvy, V. G. Groma,
I. V. Sarian, A. Y. Bodrova, V. V. Zhidezky, D. P. Zamyatin.**

This study based on the experience of treatment of 57 patients who previously were operated at the clinic for cancer of the stomach and esophagus. These patients had complications in the form of esophageal anastomotic leakage and esophageal anastomotic stricture. There were 9 patients with esophageal-gastric anastomotic leakage, 11 patients with esophageal - intestinal anastomotic leakage, 20 patients with a stricture of esophageal - gastric anastomosis, 17 patients with a stricture of esophageal - intestinal anastomosis. All the patients were undergone stenting of esophageal anastomosis. The results of using this method of treatment were estimated.

Key words: gastrectomy, subtotal proximal resection of stomach, resection of the esophagus, anastomotic leakage, anastomotic stricture, stenting of esophageal anastomosis.