

РЕНТГЕНО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОЖГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Кравцова Е.А.¹, Шармазанова Е.П.²

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМНУ» г. Харьков¹,

Харьковская медицинская академия последипломного образования², г. Харьков

Вступление

Ожоговое поражение пищевода является актуальной медицинской и социальной проблемой в структуре травматизма у взрослых [2, 5, 8]. Среди всех заболеваний пищевода частота данной патологии у взрослых достигает 20–30% [7]. Рубцовые стриктуры являются характерным осложнением и частым отдаленным последствием химических ожогов пищевода [1, 3]. По данным Черноусова А.Ф. и соавт. (2000) не менее 70% доброкачественных стриктур пищевода – послеожоговые [9].

Риск развития послеожоговых стриктур зависит от многих факторов: химического состава принятых внутрь агрессивных веществ (главным образом, от их pH), количества вещества и продолжительности его воздействия, иммунной резистентности, индивидуальных особенностей, наличия фоновой и сопутствующей патологии, инфекционного фактора и др. [10, 11]. Считается, что стриктуры развиваются при поражении химическими веществами мышечного слоя. Развивается острый эзофагит — поражение слизистой оболочки пищевода воспалительно-дегенеративного характера с последующим вовлечением глубоких слоёв стенки пищевода, который впоследствии и приводит к рубцовому стенозу, который создает препятствие для продвижения пищевого комка (непроходимость) [4, 6].

Для диагностики послеожоговых стриктур пищевода (ПОСП) используются рентгенологический и эндоскопический методы, а также их сочетание.

Целью проведенного исследования было улучшение диагностики послеожоговых стриктур пищевода путем систематизации рентгенологических признаков.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни и изучены рентгенограммы пищевода у 93 больных с диагнозом: послеожоговая рубцовая стриктура пищевода, которые находились на стационарном лечении с 2000 по 2011 год в отделении патологии пищевода и желудочно-кишечного тракта ГУ «ИОНХ НАМНУ» возрастом от 18 до 89 лет (средний возраст $42 \pm 11,2$ года). Мужчин было 65 (69,9%), женщин – 28 (30,1%). Наибольшее количество пациентов (как мужчин, так и женщин) были в возрасте от 36 до 59 лет. Всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование пищевода и эзофагофиброскопию.

Результаты исследования

Причиной ожога пищевода были щелочи и кислоты в равной степени (36,5%), причём ожог щелочными продуктами достоверно чаще отмечен у мужчин 44,7% ($p < 0,05$), кислотными — у женщин – 46,4% ($p < 0,05$). Основное число пациентов, обратившихся в клинику, были с третьей стадией ожоговой болезни (55,9%), причём 73% из них обратились в сроки от 1 года до 3-х лет и только 27% поступали после 3-х лет существования ПОСП. 26,9% пациентам лечение проводилось на 1 стадии ожоговой болезни, из них 76% поступали после 3-х недель от момента получения ожога и только в 24% случаев лечение было проведено в острый период ожоговой травмы. Меньше всего пациентов было на стадии стабилизации рубцового процесса (10,7%) и отдалённых последствий химической травмы (6,4%). Основными жалобами у пациентов с химическим ожогом были дисфагия (100%) и потеря массы тела (89,2%), гиперсаливация (33,3%), боль за грудиной (25,8%), которые достоверно чаще встречались начиная с третьей стадии ожоговой травмы ($p < 0,001$).

По нашим данным наиболее частая локализация послеожоговых стриктур – средне-грудной и нижне-грудной отделы (42%). Локализация стриктуры только в средне-грудном отделе отмечена в 25% случаев, вне зависимости от этиологии ожога.

В связи с усовершенствованием методов лечения больных с ПОСП возникает необходимость чётко классифицировать их степени, поэтому нами была усовершенствована клинко-рентгенологическая классификация Ратнера Г.Л. и Белоконева В.И. (1982) [5].

Мы предлагаем следующие объективные показатели диаметра сужения для стадирования непроходимости рубцовых стриктур пищевода:

I – выборочная непроходимость пищевода для некоторых видов пищи, диаметр пищевода 1,3-1,0 см (рис.1);

II – компенсированная – пищевод, проходимый для полужидкой пищи, диаметр – 0,9-0,7 см (рис.2);

III – субкомпенсированная – пищевод, проходимый для жидкости, есть супрастенотическое расширение, диаметр 0,6-0,4 см (рис.3);

IV – декомпенсированная непроходимость пищевода, значительное супрастенотическое расширение, диаметр 0,3-0,1 см (рис.4);

V – полная облитерация пищевода (рис.5).

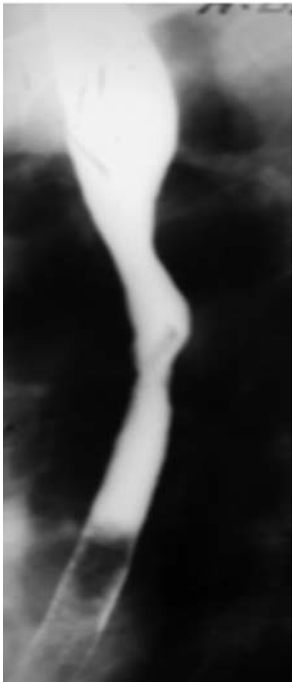


Рис. 1. Рентгенограмма пищевода больного П. 42 лет с выборочной ПОСП средне-грудного отдела

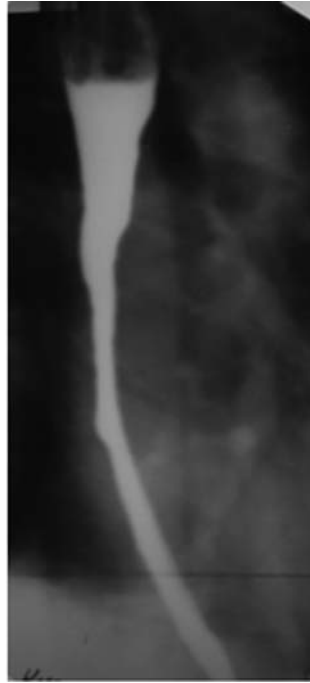


Рис. 2. Рентгенограмма больного К. 54 лет, с компенсированной ПОСП средне- и нижнегрудного отделов.



Рис. 3. Рентгенограмма больного Д. 50 лет, с субкомпенсированной ПОСП средне- и нижнегрудного отделов



Рис. 4. Рентгенограмма больного В. 38 лет, с декомпенсированной ПОСП средне- и нижнегрудного отделов

Супрастенотическое расширение при наличии ПОСП можно разделить следующим образом (по расширению просвета на каждые 0,5 см):

1. Незначительное – от 2,8 до 3,3 см;
2. Умеренное – от 3,4 до 3,9 см;
3. Выраженное – более 4 см.

В результате проведенного исследования выявлено, что степени выраженности непроходимости не зависят от химического агента. У мужчин наиболее часто встречалась субкомпенсированная степень непроходимости (50,8%), декомпенсированная — в 24,6% случаев, полная облитерация отмечена у 4,6% пациентов. У женщин преобладала декомпенсированная степень непроходимости — в 42,8% случаев, компенсированная и субкомпенсированная — в 17,8% случаев, полная облитерация — у 7% пациенток.

В сроки поступления от 2–3 недель до 5 месяцев декомпенсированная степень непроходимости выявлена — у 36% пациентов, субкомпенсированная — у 28%; от 5 месяцев до 1 года декомпенсированная степень непроходимости выявлена — у 40% пациентов, субкомпенсированная — у 30% пациентов; от 1 года до 3-х лет субкомпенсированная степень непроходимости выявлена — у 55,2% пациентов; от 3-х лет до 20 лет субкомпенсированная степень непроходимости выявлена — у 42,8% пациентов; более 20 лет декомпенсированная степень непроходимости выявлена — у 50% пациентов.

Выявлены особенности ПОСП при поражении кислотой и щелочью.

При поражении пищевода кислотой в основном формируются стриктуры протяженностью от 6 до

10 см (64,7%), с ровными контурами (97,1%), центрально расположенным входом в стриктуру (97,1%), незначительным супрастенотическим расширением (85,3%) и утолщением складок слизистой оболочки (82,4%).

При поражении пищевода щелочью стриктуры характеризуются протяженностью более 10 см (61,8%), неровными контурами (100%), эксцентричным входом в стриктуру (97,1%), умеренным супрастенотическим расширением (64,7%) и сглаженностью складок слизистой оболочки (79,4%).

Короткие стриктуры (до 5 см) отмечены у 9 пациентов (13,2%), из них в 55,6% при поражении кислотой, в 44,4% — щелочью.

При коротких стриктурах преобладала выборочная непроходимость (31,25%) и субкомпенсированная непроходимость (43,81%); при средних — субкомпенсированная и декомпенсированная (43,8%), при длинных — субкомпенсированная (42,8%) и декомпенсированная (31,4%) степени непроходимости.

При проведении эндоскопического исследования язвенно-ожоговый эзофагит был выявлен у 44 пациентов (47,3%), эрозивно-ожоговый — у 27 человек (30%) и язвенно-некротический эзофагит — у 22 пациентов (24%). При сопоставлении рентгенологических данных и данных эндоскопического исследования установлено, что при эрозивно-ожоговом эзофагите складки слизистой были сглажены в 66,6% случаев, при язвенно-ожоговом — сглаженность складок в 50%, утолщение — в 43,1% случаев, при язвенно-некротическом складки в большинстве случаев (95,4%) — утолщены.



Рис. 5. Рентгенограмма больного Д. 42 лет, с полной облитерацией пищевода.

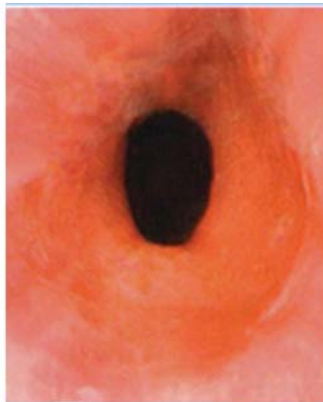


Рис. 6. Эрозивно-ожоговый эзофагит.

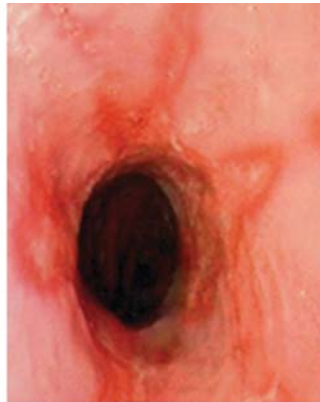


Рис. 7. Язвенно-ожоговый эзофагит.



Рис. 8. Язвенно-некротический эзофагит.

На рисунках 6, 7, 8 показано распределение больных по тяжести эзофагита послеожоговых стриктур пищевода.

Выводы

1. Предложенная клинко-рентгенологическая классификация степеней непроходимости послеожоговых стриктур пищевода даёт возможность уточнить показания к их лечению.

2. Для полноценного обследования пациентов с послеожоговыми стриктурами пищевода необходимо сочетать рентгенконтрастное исследование с видеоэндоскопией для установления протяженности и степени сужения пищевода, его морфологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. Рук-во для врачей / В.Б. Антонович. – М.: Медицина, 1987. – 398 с.
2. Баландина И.А. Прогнозирование рубцовых стриктур пищевода и внутрипросветное лечение послеожоговой непроходимости как профилактика их формирования: автореф. дис. на соискание научной степени доктора мед. наук: 14.00.27 / И.А. Баландина. – Саратов. гос. мед. ун-т, 2003. – 35 с.
3. Волков С.В. Химические ожоги пищевода и желудка / С.В. Волков, Е.А. Лужников. – М.: Медпрактика. – 2005. – 125с.
4. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. – Москва «Трида — X», 2000. – 166с.
5. Ратнер Г.Л. Ожоги пищевода и их последствия / Г.Л. Ратнер, В.И.Белоконев. – Москва, Медицина, 1982. – 160с.
6. Руководство по эндоскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В. Леонов, И.В. Донцов, З.С. Мехтиханов, Л.А.Бойко. – Харьков: Факт, 2004. – 148 с.
7. Салахов Э.С. Лечение детей химическими ожогами

пищевода второй и третьей степени.: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.35 / Э.С. Салахов. – Санкт-Петербург, 2008. – 22 с.

8. Сизый М.Ю. Комплексное лечение больных с послеожоговыми стриктурами пищевода с использованием эндопротезирования и баллонной дилатации: дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / М.Ю. Сизый. – Харьков, 2006. – 182 с.

9. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей // А.Ф. Черноусов, П.М. Богомолов, Ф.С. Курбанов. – М.: Медицина, 2000. – 256 с.

10. Lopez Vallejos P. Endoscopic dilatation of caustic esophageal stricture / P. Lopez Vallejos, M.V. Garcia Sanchez, A. Narango Rodriguez // *Hastroenterol Hepatol.* – 2007. – № 26. – P. 147-151.

11. Rodrigues M.A. Clinical-epidemiological characteristics in caustics ingestion patient in the Hihjlito Unanue National Hospital / M.A. Rodrigues, F.J.L. Meza // *Rev. Gastroenenerol. Peru.* – 2003. – Vol. 23(2). – P. 115-125.

Резюме

В результате проведенного исследования уточнена клинко-рентгенологическая классификация степеней непроходимости послеожоговых стриктур пищевода (ПОСП), разработаны степени выраженности престенотического расширения при ПОСП, установлены особенности поражения пищевода при действии кислот и щелочей.

Ключевые слова: послеожоговые стриктуры пищевода, степени непроходимости, рентгенодиагностика.

Resume

As a result of conducting studies advanced clinical and radiographic classification of post-burn strictures of the esophagus. Designed severity prestenotic extension, specific features of the lesions of the esophagus by the action of acids and alkalis.

Keywords: chemical burns stricture of the esophagus, of the degree of obstruction, radiology.