

NEWS

OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

SERIES OF BIOLOGICAL AND MEDICAL

ISSN 2224-5308

Volume 2, Number 320 (2017), 54 – 57

V. V. Boyko, S. U. Bityak., V. N. Lyhman, V.G. Groma., A.N.Shevchenko

Kharkiv national medical university, Ukraine,

V. Y. Zaycev institute of general emergency surgery, Kharkiv, Ukraine

ENDOPROSTHESIS IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL ANASTOMOSIS FAILURE AND ESOPHAGEAL FISTULAS

Abstract. The results of endoscopic surgery in 39 patients. Regarding tumor fistula stents were placed in 25 patients, in occasion of insolventy seams anastomoses or wall of the esophagus - 14 patients. Stenting of the esophagus may be the treatment of choice for patients with esophageal fistulas of different (especially tumor) genesis. This applies especially to patients with esophageal anastomosis failure.

Keywords: endoprosthesis, stent, fistulas, esophageal anastomosis failure.

УДК 616.325/34-089.843-06-089.843

В. В. Бойко, С. Ю. Битяк, В. Г. Грома, В. Н. Лыхман, А. Н. Шевченко

Харьковский национальной медицинский университет, Украина,

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ПИЩЕВОДНЫМИ СВИЩАМИ

Аннотация. Представлены результаты эндоскопических вмешательств у 39 пациентов. По поводу опухолевых свищей стенты были установлены 25 пациентам, по поводу несостоятельности швов анастомозов или стенки пищевода – 14 больным. Стентирование пищевода может быть методом выбора для пациентов со свищами пищевода самого разного (особенно опухолевого) генеза. В особенности это относится к пациентам с несостоятельностью пищеводных анастомозов.

Ключевые слова: эндопротезирование, стент, свищи, несостоятельностью пищеводных анастомозов.

Актуальность. Хирургия желудка и пищевода до настоящего времени остается одним из самых трудных направлений в хирургии желудочно-кишечного тракта. Это обусловлено прежде всего высокой послеоперационной летальностью (по данным различных авторов послеоперационная летальность после гастрэктомии и резекции пищевода составляет от 3,3 до 26,1%) [5, 8].

Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов после операций по поводу рака желудка развивается у 6,3-32,0%, пищеводно-желудочных – у 2,2-5,91% больных [5, 8].

Стенозы анастомозов после гастрэктомии, проксимальной резекции желудка, резекции пищевода наблюдаются у 9-30% больных [7]. В последние годы ведется активный поиск эффективных малоинвазивных способов лечения стенозов анастомозов, так как при хирургическом методе лечения послеоперационных стриктур летальность достигает 25% [6].

Стремление найти более щадящие и безопасные, но вместе с тем эффективные методы лечения данной категории больных привело к разработке и внедрению в клиническую практику эндоскопических вмешательств, получивших в последние годы приоритет в решении этой проблемы [3, 6, 7].

Эндоскопические методы реканализации просвета рубцовых сужений пищеводных анастомозов – электро-, лазерная, аргонплазменная коагуляция, бужирование или баллонная дилатация позволяют восстановить просвет в большинстве случаев, но эффект чаще всего бывает непродолжительным и обычно требуются повторные вмешательства [6, 7].

В связи с этим все шире применяется эндоскопическое стентирование как один из наиболее безопасных, малоинвазивных и эффективных способов лечения. Следует отметить актуальность применения стентирования особенно при несостоятельности пищеводных анастомозов, что зачастую может спасти жизнь пациента при этом опасном осложнении [1, 2, 4, 9].

В настоящее время в клинической практике используется более 8 основных типов и множество подтипов металлических саморасширяющихся стентов, причем как с пластиковым покрытием, так и без него. Современные стенты изготавливают или из нитинола (титано-никелевый сплав), или из нержавеющей стали. Для покрытия используются пластиковые материалы из полиуретана, полиэтилена, силикона или полиэстера [1]. Диаметр большинства стентов при полном расправлении составляет 18–25 мм, длина колеблется от 6 до 17 см. Для стентирования протяженных участков возможна установка двух и более стентов. Внутрипищеводные стенты устанавливаются с помощью систем введения малого калибра, в которых стенты находятся в сжатом состоянии [3, 9]. Используются саморасширяющиеся нитиноловые стенты с покрытием и антирефлюксным клапаном. Стенты с покрытием имеют антимиграционный механизм, состоят из нескольких сегментов и имеют более широкие концы, что предотвращает его смещение и миграцию. Антирефлюксный клапан прикреплен к внутренней поверхности стента и защищен от перегибания, предотвращает гастроэзофагеальный рефлюкс [8]. Большинство авторов утверждают, что имплантация саморасширяющихся нитиноловых стентов – безопасная и высокоэффективная манипуляция [1, 2, 4, 9].

Материалы и методы. В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ» накоплен опыт по стентированию пищеводных анастомозов при развившихся осложнениях в виде несостоятельности анастомоза и пищеводных свищах опухолевой этиологии.

Для эндопротезирования использовались стенты фирм M.I.Tech Co., Ltd, Korea: покрытые пищеводные HANAROSTENT с антирефлюксным клапаном и Boston Scientific Corp., USA: покрытые пищеводные Ultraflex.

Стенты устанавливались под рентгенологическим контролем в режиме ангиографа. Перед процедурой больным проводилась премедикация в виде инъекций омнопона и атропина. Пациенты принимали водорастворимый контраст для визуализации свищевого хода в области несостоятельности анастомоза. Ставились рентген контрастные накожные метки. Также производилось эндоскопическое исследование.

Эндоскоп проводился до зоны несостоятельности анастомоза или до зоны свищевого отверстия. По биопсионному каналу вводился водорастворимый контраст. 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 поводу пищеводных свищей и несостоятельности пищеводного анастомоза лечение проводили 39 больных. Наиболее частыми показаниями к установке стента служили пищеводно-медиастинальные (20,5 %) и пищеводно-трахеальные (также 20,5 %) свищи у больных распространенным раком пищевода. Более чем у трети пациентов стентирование проводили для лечения несостоятельности пищеводных анастомозов после оперативных вмешательств, выполненных как в нашей клинике, так и в некоторых других лечебных учреждениях.

Результаты и их обсуждение

По поводу опухолевых свищей стенты были установлены 25 пациентам, по поводу несостоятельности швов анастомозов или стенки пищевода – 14.

В первой подгруппе в ходе стентирования осложнения отмечены у 6 пациентов: неполная герметизация свища (4), дислокация стента вверх (1), дислокация вниз (1). Неполная герметизация свища происходила в основном по причине того, что стенты устанавливали таким образом, что их

верхняя, не покрытая политетрафторэтиленовой пленкой часть (так называемая корона стента длиной 2 см) оказывалась вблизи или напротив свищевого хода. Все перечисленные осложнения устранялись постановкой дополнительных стентов. В отдаленном периоде только у одного пациента произошло смещение стента вниз.

Лечение (особенно при пищеводно-респираторных свищах) способствовало выраженным функциональным изменениям. Уже в первые минуты после стентирования общее состояние пациентов заметно улучшалось: проходила одышка, исчезал мучительный рефлекторный кашель; отпала необходимость в парентеральном и зондовом питании, а также в формировании гастростомы.

Адекватная антибактериальная терапия позволяла в короткие сроки купировать развившуюся аспирационную пневмонию или медиастинит. В отдельных случаях в дальнейшем проводилось специальное лечение.

Средняя продолжительность жизни больных составила 4,8 мес, медиана жизни – 3,5 мес. Максимальный срок жизни был 10 мес (пациент с пищеводно-бронхиальным свищем).

Установка стентов больным с несостоятельностью пищеводных анастомозов стала долгожданным решением проблемы, которая десятилетиями ожидала своего разрешения. Общепринятой лечебной тактики при развитии этого грозного осложнения до недавних пор не существовало (летальность достигала 70–90 %) [1].

Стенты были установлены 14 пациентам: у 7 из них была несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза (у 2 – после операции Льюиса, у 5 – после проксимальной резекции желудка с резекцией нижней трети пищевода), у 6 – несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии, у 1 – несостоятельность швов на стенке пищевода после удаления лейомиомы верхней части пищевода. 13 больных были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии без признаков несостоятельности; 1 больной умер из-за кровотечения из стрессовой язвы культи желудка (признаков несостоятельности анастомоза на момент смерти у него также уже не было).

В ходе установки стентов осложнения отмечены у 2 пациентов (недостаточная герметизация свища и дислокация стента вниз), которым были установлены дополнительные стенты. Через 2 недели после стентирования у одного больного выше стента развилась перфорация острой язвы пищевода, однако консервативное лечение этого осложнения (дренирование, зондовое питание) оказалось эффективным.

В более отдаленные сроки осложнения наблюдали у 2 пациентов. У одного из них спустя 2 месяца произошла дислокация стента в желудок, у другого через 2 месяца стент сложился пополам в пищеводе выше анастомоза; его удалось извлечь посредством жесткого эзофагоскопа.

Качество жизни у всех остальных пациентов было хорошим. Следует отметить, что у одного из больных, которым стент был установлен по поводу несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза, при контрольной эзофагоскопии спустя 6 месяцев обнаружилось, что внутренняя поверхность стента (длиной 8 см) была полностью покрыта эпителием.

Стентирование пищевода может быть методом выбора для пациентов со свищами пищевода самого разного (особенно опухолевого) генеза – эта простая и малотравматичная операция позволяет надеяться на позитивный исход у многих до сих пор считавшихся обреченными больных. В особенности это относится к пациентам с несостоятельностью пищеводных анастомозов. Благодаря накопленному отрицательному опыту мы пришли к выводу, что пациентам с рубцовыми стриктурами пищевода стентирование не показано. У больных с рубцовыми стриктурами пищеводных анастомозов, сформированных в ходе оперативных вмешательств по поводу рака, стентирование можно использовать в тех случаях, когда онкологический либо общесоматический статус пациентов не предполагает у них значительной продолжительности жизни.

Заключение. Использование внутрипищеводных саморасширяющихся стентов является методом выбора для больных с пищеводными свищами опухолевой этиологии и при несостоятельности пищеводных анастомозов после операций по поводу рака и позволяет избежать травматичных операций, особенно у ослабленных больных, а также позволяет спасти жизнь больным при этих грозных осложнениях. При лечении свищей неонкологической природы стентирование показано только при угрожающих жизни состояниях, не позволяющих прибегнуть к другим методам.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бучнев В.И. и др. Лечение несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – № 1. – С. 11-13.
- [2] Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бечнев В.И. и др. Принципы лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии // Актуальные проблемы современной медицины: Вестник Украинской медицинской стоматологической академии. – 2005. – Т. 1(9), № 5. – С. 18-20.
- [3] Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 5. – С. 33-39.
- [4] Ганул В.Л., Киркилевский С.И. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов. – Киев, 2003. – 200 с.
- [5] Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М., 2007. – 392 с.
- [6] Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // Современная онкология. – 2000. – Т. 2, № 3. – С. 72-78.
- [7] Хаджибаев А.М., Низаходжаев З.М., Струцкий Л.П., Мадрахимов Н.З. Эндоскопическая электрокоагуляция в лечении рубцовых сужений пищевода анастомозов // Тез. докл. – М., 1999. – С. 310-311.
- [8] Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. – М.: АСТ, 2004. – 336 с.
- [9] Radecke K., Gerken G., Treichel U. Impact of self – expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61, N 7. – P. 812-818.

REFERENCES

- [1] Lechenie nesostoyatelnosti pishchevodno-tonkokishechnogo anastomoza. / O.Ye. Bobrov, S.I. Kirkilevskiy, V.I. Buchnev i dr. // Tavrisheskiy mediko-biologicheskiy vestnik. 2005. N 1. P. 11-13.
- [2] 2.Prinsipy lecheniya nesostoyatelnosti pishchevodno-tonkokishechnogo anastomoza posle gastrektomii. / O.Ye. Bobrov, S.I. Kirkilevskiy, V.I. Bechnev i dr. // Aktualnye problemy sovremennoy meditsiny: Vestnik Ukrainской meditsinskoy stomatologicheskoy akademii. 2005. Vol. 1(9), N 5. P. 18-20.
- [3] Gallinger Yu.I. Endoskopicheskoe lechenie rubtsovykh stenozov pishchevoda / Yu.I. Gallinger, E.A. Godzhello // Endoskopicheskaya khirurgiya. 2000. N 5. P. 33-39.
- [4] Ganul V.L. Rak pishchevoda: rukovodstvo dlya onkologov i khirurgov. / V.L. Ganul, S.I. Kirkilevskiy. Kiev, 2003. 200 p.
- [5] Davydov M.I. Rak pishchevoda. / M.I. Davydov, I.S. Stilidi. M., 2007. 392 p.
- [6] Endoskopicheskaya khirurgiya opukholevykh i posleoperatsionnykh stenozov u bolnykh rakom pishchevoda i zheludka / Yu.P. Kuvshinov, B.K. Poddubnyy, O.N. Yefimov i dr. // Sovremennaya onkologiya. 2000. Vol. 2, N 3. P. 72-78.
- [7] Khadzhibayev A.M. Endoskopicheskaya elektrokoagulyatsiya v lechenii rubtsovykh suzheniy pishchevodnykh anastomozov / A.M. Khadzhibayev, Z.M. Nizakhodzhaev, L.P. Strusskiy, N.Z. Madrakhimov // Tez. dokl. M., 1999. P. 310-311.
- [8] Chernousov A.F. Khirurgiya raka zheludka. / A.F. Chernousov, S.A. Polikarpov, F.A. Chernousov. M.: AST, 2004. 336 p.
- [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. Vol. 61, N 7. P. 812-818.