

© Коллектив авторов, 2004.
УДК 616.329-001.37

З.М. Низамходжаев, С.С. Ганиходжаев, А.М. Хусанов **ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА**

(Обзорная статья)

*Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В.Вахидова
Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: В данной работе приводится анализ различных методов лечения больных с постожоговыми стриктурами пищевода. Анализируются результаты лечения больных постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода методом бужирования. На сегодняшний день основным методом лечения больных является бужирование пищевода. Лучшие результаты лечения больных методом бужирования получены по методике бужирования по струне направителю. Приводятся данные нового метода лечения больных постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода методом стентирования. Определены преимущества и недостатки шунтирующей эзофагоколопластики. Определены новые критерии для лечения больных с постожоговыми стриктурами пищевода.

Рубцовые сужения пищевода (РСП), развившиеся в результате химических ожогов, относятся к числу тяжелых осложнений, приводящие к значительным нарушениям гомеостаза больных, выражающегося в расстройствах водно-электролитного, жирового, белкового, витаминного и других балансов и заканчивающиеся нередко алиментарной дистрофией. Лечение ожоговых стриктур пищевода относится к наиболее сложным проблемам хирургии органов пищеварения. До 87% больных с ожогами пищевода составляют люди трудоспособного и молодого возраста, причем до 55% из них получают химический ожог пищевода случайно.

Чаще всего причинами ожогов пищевода являются концентрированные кислоты и щелочи, среди которых первое место занимает уксусная кислота [20,23,25.]. Возникающие в последствии ожога стриктуры зависят от количества принятого каррозивного химического вещества, его концентрации, времени экспозиции. Стриктуры могут быть одиночными и множественными, короткими, протяженными и тотальными, сочетанными поражениями глотки, желудка и других органов [2,8,32.]. По данным А.Ф. Черноусова и соавт.(2002г) чаще всего встречаются протяженные стриктуры нижней трети пищевода.

Преимущественное число исследователей считают, что большая часть РСП может быть излечена методом бужирования, который за многие десятилетия применения претерпел множество изменений и усовершенствований. Еще в 1733г. Wallisner затем Mauchart (1742г.) впервые успешно применили метод бужирования вскоре после химического ожога. Лечение больных с рубцовыми стенозами пищевода имеет свои трудности, и эту проблему решают в двух основных направлениях: путем бужирования рубцовых стено-

зов пищевода и путем пластики пищевода. Все эти мероприятия проводятся в специализированном медицинском учреждении, где внедрены методы бужирования и соответствующие операции.

Общепринятой классификацией рубцовых сужений пищевода является классификация Э.Н. Ванцяна., Р.А.Тошакоев. (1971г.) с некоторыми дополнениями (В.М. Прохоров, А.Ф.Черноусов, М.А.Алиев, М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Е.Д. Федоров), которая разделяется:

1 по числу пораженных органов:

Изолированные;

Сочетанные - сужения пищевода и желудка или двенадцатиперстной кишки.

2 по протяженности:

Мембранозные до 1 см;

Короткие до 5см;

Протяженные более 5см;

3 по числу сужений пищевода:

Единичные;

Множественные.

4 по степени рубцовых изменений стенки

пищевода:

Несформированные;

Сформированные (с супрастенотическим расширением).

5 по наличию деструктивных изменений:

Ульцерированные (изъязвленные);

Простые (неульцерированные).

6 по срокам формирования:

Ранние - до 6 месяцев;

Поздние от 6 месяцев и более.

7 по степени облитерации просвета пищевода:

полные;

частичные.

Для реканализации рубцовых стенозов пищевода обычно используют различные методы

орто- и ретроградного бужирования и лишь отдельные авторы [13, 14, 30.] применяют эндопротезирование пищевода. На сегодняшний день бужирование остается основным методом лечения больных с РСП. Достигнуть реканализации пищевода бужированием удается у 10-44,2% больных [1, 3, 24.], у 3,2- 17,8% пациентов при выполнении этой манипуляции наступает перфорация стенки пищевода. Из-за отсутствия стойкого эффекта 45,5% больных нуждаются в проведении поддерживающего бужирования [9, 24, 19, 36.]. Внедрение метода бужирования по направителю металлической струной с пружинным наконечником (Э.Н.Ванцян., Р.А.Тошаков 1965г.) способствовало снижению числа перфораций. Вместе с тем избежать разрыва рубцово-измененной стенки пищевода даже при бужировании за нить не удается у 1,7-35% больных [3, 24, 30.].

Ранее бужирование в сроки от 1 до 2 недель после ожога более опасно перфорацией пищевода и другими осложнениями [8, 37.]. Однако некоторые авторы пропагандируют раннее бужирование как основной метод профилактики возникновения рубцовых стриктур пищевода у детей [12.] и взрослых [23.].

В настоящее время наиболее распространены три основных метода бужирования рубцовых ожоговых стриктур пищевода - испытанный метод Яценко-Гаккера (через гастростому за нитку анти- и ретроградно), бужирование полыми рентгенконтрастными бужами по металлической струне-проводнику под контролем рентгеновского экрана и под контролем эндоскопа. Эти методы бужирования, которые иногда проводят под наркозом, дают хорошие результаты в 69-96% наблюдений [20.].

По данным G.Campell и соавт. [34], лучшие результаты бужирования дают при коротких ожоговых стриктурах пищевода.

Перспективным является метод баллонной гидравлической дилатации рубцовых стриктур пищевода катетерами типа Eder-Puestow под контролем эндоскопа [5, 40, 37.]. Однако, по данным L. Rionda и соавт. [39.], W. Webb [43.], более целесообразно использовать термопластические дилататоры типа Savary, которые проводятся через стриктуру - по струне направителю под контролем рентгеновского экрана.

Е.А. Вагнер и соавт. [4.] с хорошим эффектом применяют пневмогидравлическую дилатацию рубцовых стриктур пищевода. С.А.Шабес и Ю.А.Рубайлов [28.] сообщили об использовании пневматической баллонной дилатации с ведением в зону стриктуры лекарственных мазевых составов, способствующих рассасыванию рубцов и профилактике эзофагита. Клинические наблюдения использования эндопротезирования пищевода при

рубцовых стенозах немногочисленны, существующие конструкции эндопротезов несовершенны, что не позволяет, их имплантировать на длительный срок. Некоторые авторы одновременно с бужированием рубцовых стриктур вводят в пищевод различные стенты, такие как трубка Ткаченко [2.], трубка из силиконовой резины, импрегнированная силиконовым маслом [33.], металлический саморасширяющийся стент [38.].

При сочетанных ожоговых поражениях пищевода и желудка тактику определяют индивидуально. Провести полноценное рентгенконтрастное исследование желудка у многих больных можно только после курса бужирования пищевода. При выявлении рубцового декомпенсированного стеноза антрального отдела желудка необходимо после окончания курса бужирования произвести резекцию желудка по Бильрот-1. Если же полноценно расширить пищевод не удается, резекцию желудка дополняют гастростомией с перспективой выполнения эзофагопластики вторым этапом. Существуют и другие варианты, но в любом случае лечение начинают с попыток бужирования пищевода, чтобы наладить полноценное питание больного естественным путем [2, 27.]. Другие авторы по-прежнему рекомендуют более старый подход, сначала выполняют резекцию желудка с гастростомией для последующего бужирования пищевода по Гаккеру [10].

Впервые в 1888г Czerny произвел первую успешную резекцию желудка по поводу ожога его щелочью, а Miculicz 1888 г впервые выполнил пилоропластику у больной принявшей серную кислоту. 2 года спустя Koenig сделал первую успешную гастроэнтеростомию.

Сочетание ожоговой стриктуры пищевода с рефлюкс-эзофагитом встречается у 22-32% больных. При этом кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточность кардии могут предшествовать или развиваться вторично после химического ожога в результате рубцового укорочения пищевода [12, 24, 27, 36, 42.]. Безуспешность консервативной терапии и быстрые рецидивы стриктуры как результат рефлюкс-эзофагита у ряда таких больных диктует необходимость восстановления клапанной функции кардии и адекватного снижения желудочной секреции. В подобной ситуации А.Ф.Черноусовым (2000г.) показана селективно проксимальная ваготомия в сочетании с фундопликацией и бужированием пищевода. (28, 42.). И только, исчерпав все возможности консервативной терапии, при без успешности, без перспективности длительного бужирования или при развитии тяжелых осложнений, следует решать вопрос о хирургическом лечении. Хотя идея искусственного пищевода из тонкой кишки принадлежит Wullstein (1904), новый этап пластической хирургии пищево-

да наступил лишь после того, как Roux (1907) удалось создать искусственный пищевод из тонкой кишки. В этом же году (1907) П.А.Герцен успешно выполнил операцию создания законченного анти-торакального искусственного пищевода из тонкой кишки. Большие успехи в тонкокишечной эзофагопластике были достигнуты С.С.Юдиным, который за 20 лет (1928-1948гг.) выполнил 318 операций, летальность составила 9%. После С.С.Юдина, с 1949 по 1959., Б.А.Петровым, Г.Р.Хундадзе, П.Н.Андросовым и Д.А.Араповым выполнено еще 443 антиторакальных пластик пищевода из тонкой кишки, летальность составила 3,8% [18, 17, 16.]. Однако, хотя еще в 1952г Б.А.Петров считал, что для искусственного пищевода наиболее подходящей является тонкая кишка [18.], результаты данного метода эзофагопластики его не удовлетворяли.

При лечении ожоговых стриктур пищевода следует помнить, что раковое перерождение наблюдается тем чаще, чем больше срок после ожога, причем особенно реально это осложнение в сроки 20-30 лет (у 1,4-7,2% больных). Поэтому настойчивое бужирование с сомнительным эффектом на протяжении многих лет неоправданно. (20, 31, 35.) В настоящее время наиболее широко применяется 2 основных способа эзофагопластики- шунтирующая эзофагопластика толстой кишкой, при котором пищевод не резецируют, и одномоментная пластика после резекции или экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой.

Между тем шунтирующая эзофагопластика имеет ряд существенных недостатков. С восстановлением питания больного, эта операция не устраняет основное заболевание стриктуру пищевода и, следовательно, возможность возникновения рака пищевода в рубцово-измененном пищеводе. Вероятность заболевания раком пищевода у больных с рубцовыми стриктурами возрастает, по данным [7, 19, 25, 26, 34]. По данным А.Ф.Черноусова и соавт (2002г) около 20% больных, получивших химический ожог пищевода, заболевают раком. Примерно такая же частота возникновения рака отмечено у больных с пептическими стриктурами и кардиоспазмом 4 степени. Этот факт нельзя не учитывать, так как более половины больных с ожоговыми стриктурами оперируются в возрасте до 40 лет. К этому следует добавить, что функциональные результаты шунтирующей колоэзофагопластики хуже, чем результаты экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой(З.А. Тер-Авитикий 1999г, А.М.Хаджибаев 2001г).

Сказанное настоятельно диктует необходимость пересмотра диагностики и тактики оперативного лечения больных с доброкачественными стриктурами пищевода в пользу экстирпации с гастроэзофагопластикой, который решает основные проблемы

данной патологии. При диагностике рубцовых сужений пищевода кроме стандартных общепринятых методов эндоскопии и рентгенологического исследования мы считаем что, использование радиоизотопной скинциграфии для определения рефлюкс-эзофагита который усугубляет течение ожогового процесса, применение эндоскопии с прицельной биопсией и хромоэзофагоскопии для определения больных с пищеводом Баррета получившие ожог пищевода, которые являются фоновым заболеванием для развития рака пищевода, и использование внутриводного УЗИ исследования для определения глубины ожогового процесса является целесообразным. Дополнительными методами для определения рефлюкс-эзофагита развившийся на фоне ожогового процесса мы считаем провести эзофагоманометрию и внутриводную Рн-метрию, которая с очень высокой достоверностью дает определить возможность развития рефлюкс-эзофагита, которая в свою очередь усугубляет течение ожогового процесса и может привести к безуспешности консервативной терапии и высокую вероятность развития рака пищевода.

Таким образом, лечение ожога пищевода является сложной проблемой хирургической гастроэнтерологии, которая требует индивидуального подхода к каждому больному.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Авилова О.М., Багиров М.М. Лечение Рубцовых Стенозов пищевода. В кн.: Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тезисы докладов Всесоюзной конференции по хирургии пищевода. М 1983; 47-48.,
- 2.Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Глеуовов М.К., Кыжыров Ж.Н. «Современные технологии Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. «Бужирование пищевода при рубцовых и ожоговых стриктурах» Хирургия, №10, 1998, стр. 25-29.
- 3.Ванцян Э.Н., Ташаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М 1971.,
- 4.Вагнер Е.А., Субботин В.М., Механюшин В.Н. Хирургия пищевода и легких: Тезисы докладов расширенного пленума проблемной комиссии, посвященной памяти М.А. Подгорбунского. Кемерово 1987; 18-19.
- 5.Галлингер Ю.И., Андреев А.Л., Гулиев Р.Р. Вести АМН СССР 1990; 10: 51-54.,
- 6.Жураев М.А., Ш.Ш., Глеуовов М.К., Кыжыров Ж.Н. «Современные технологии в торакальной хирургии: Тезисы научной конференции М-Омск, 1995., 15-16.
- 7.Казанский В.И., Хирургия рака пищевода.-М., 1973г., Рогачева Б.С., Байдало П.Г., Фомин П.Д. // Хирургия.- 1971.- 8.-С. 23-25.,
- 8.Ламм Э.Я., Абишева А.Б. Хирургия пищевода и легких: Тезисы докладов расширенного пленума проблемной комиссии, посвященной памяти М.А. Подгорбунского. Кемерово 1987; 39 — 40.,
- 9.Майстренко Н.А. Вестн. хир 1986; 7: 78-82., Оганесян М.А. Лечение рубцовых сужений пищевода бужированием: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М 1973.
- 10.Мирошников Б.И., Федотов Л.Е., Павелец К.В. Вестн. хир 1995; 154: 1: 20 - 22.
- 11.Погодина А. П., Абакумов М. М., Синев 10. В., Лукаш И.Л. Рсфлюкс-эзофагит: Тезисы Всесоюзной конференции по рефлюкс-эзофагиту. М1986; 95-97.,

- 12.Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.И., Тимошенко О.В. Хирургия 1996; 4:4-
13.Овчинников А.В., Жуков М.Л., Волобуев Ю.В.и др. Вестн.хир 1969; 2: 34-39.,
14.Оскретков В.К, Шель А.И., Тротт В.Ф. и др. Хирургия 1992; 9-10: 72-78.,
15.Оскретков В.И., Шель А.И., Тротт В.Ф. «Возможности реканализации рубцовых стенозов пищевода» Ж.Хирургия, №4, 1998г., стр.13-16.
16.Петров Б.Л., Хундадзе Г.Р. Вестн. хир 1955; 2: 5—11., Петров Б.А., Сытник А.П. Вести АМН СССР 1960; 9, 48-53.,
17.Петров С.А., Сытник А.П. Хирургия 1971; 5: 26-33.
18.Петров Б.Л., Хундадзе Г.Р. Хирургия 1952; 2: 3-14.
19.Рогачева Б.С., Бодайло П.Г., Фомин П.Д., // Хирургия -1971.-8.-С.23-25.
20.Салихов И.А., Красильников Д.М., Мингалев М.М. Казан. мед журн 1987; 3: 162-164.,
21.Скворцов М.Б. «Выбор оптимального способа лечение рубцовых сужений пищевода: Авт.реф. дис. д-ра мед.наук. М. 1991.,
22.Сытник А.П. // Хирургия.- 1988.-№ 9.-С.-12-18., Харитонов Л.Г.// Грудная хир.-1977.-№ 1.-С.-76-81.,
23.Хачиев Л.Г., Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М. и соавт. Анналы НИЦХ МЗ Рuz. Т 1. Ташкент: Ибн Сино 1994; 81-86
24.Хачиев Л.Г., Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Шарапов А.К., Степанянц Л.В. Анналы научного центра хирургии Минздрава республики Узбекистан. Т 1. Ташкент: Ибн Сино 1994; 81-86.,
25.Харитонов Л.Г.//Грудная хирургия.1977.-№1.-С.-76-81.
26.Черноусов А.Ф., Оганесян М.А., Чиссов В.И. Лечение больных с доброкачественными стриктурами пищевода. В кн.: XXIX Всесоюзный съезд хирургов. Киев 1974; 117—119.,
27.Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. «Бужирование пищевода при рубцовых ожогах и стриктурах» Хирургия, № 10, 1998, стр. 25-29.
28.Черноусов А. Ф., Андрианов В.А., Тамазян Г. С., Тер-Аветикян З.А. Хирургия 1986; 4: 46 -50.
29.Шабес С.А., Рубайлов Ю.А. Хирургия пищевода и легких: Тезисы докладов расширенного пленума проблемной комиссии, посвященной памяти М.Л. Подгорбунского. Кемерово 1987; 91 —93.
30.Янгиев А.Х. Консервативное лечение рубцовых сужений пищевода. В кн.: XXXI Всесоюзный съезд хирургов; Тезисы докладов и сообщений. Ташкент 1986; 259.
31.Ammann J. F., Collis J. L. Palliative intubation of the esophagus. J.Thorac Cardiovasc Surg 1971; 61: 6: 863-869.
32.Bastos R., Graeber G. Chest Surg Clin N Am 1997; 7: 2: 357—371.,
33.Berkovtft ft, Box C., WijburgF., UolzkiJ. i Uryngol Otol 1996; 110: II: 1041 – 1045.
34.Campbell G., Burnett H., Ranson J., Williams G. Arch Surg 1977; 112: 4: 495 - 500.
35.Csikos M., Horvath ft, Petri A. Ungenbecks Arch Chir 1985; 365:4: 231-238.,
36.Earlam R., Cunha-Melo J.R. Benign esophageal strictures: historical and technical aspects of dilatation. Br J Surg 1998; 68: 12: 829—836.
37.Shamsi Z. Jama 1985; 1: 20-23.
38.Shields S. Gastrointest Endosc 1997; 45: 5: 439 – 442.
39.Riondal.,FragosoT.,Sagaroe.,DelgadoB. Rev Gastroenterol Peru 1995; 15:2: 152- 157.
40.Lehman C. J Clin Gastroenterol 1985; 3: 208 - 1\|
41.Mutaf. O., Genc A.. Herek O. Demircan M. .7 Pediatr Surg 1996: 31: 11: 1494- 1495.
42.Watson A. Br J Surg 1985; 2: 153 - 154.
43.Webb W. Chest Surg. Clin N Am. 1995: 5: 3: 471-479.

Z.M.Nizamkhodjaev, S.S.Ganikhodjaev, A.M.Husanov
THE TREATMENT OF CICATRICIAL ESOPHAGEAL STRICTURES
REVIEW

*Republican Specialized Centre of Surgery named after Academician V.Vakhidov
Tashkent, Republic of Uzbekistan*

The article analyzes different methods of treatment of patients with post-burn esophageal strictures. The results of the treatment of patients with post-burn esophageal strictures by bougienage are analyzed. Nowadays bougienage is a basic management method for these patients. The better results were obtained after bougienage by the wire-guide. The results of the new methods of treatment of patients with post-burn cicatricial esophageal strictures by stenting are given. The advantages and disadvantages of shunting esophagocoloplasty are determined. New criteria for the treatment of patients with post-burn esophageal strictures are defined.

E-Mail: Kadman@mail.ru