

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ СИНДРОМА ДИСФАГИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация

Цель. Оценить опыт применения стентов; сформулировать основные показания и противопоказания для стентирования пищевода; доказать, что стентирование пищевода саморасширяющимися металлическими стентами является методом выбора у инкурабельных пациентов при наличии всех возможностей, имеющихся в хирургическом арсенале в настоящее время.

Материал и методы. На кафедре общей хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова выполнено стентирование 68 пациентам, находившимся на лечении в клинике в период с 2007 по 2012 год по поводу рака пищевода и кардиального отдела желудка, и 2 пациентам с доброкачественной стриктурой пищевода. Группа пациентов включала в себя 53 мужчины и 17 женщин. 60 человек обратились по поводу дисфагии III-IV степени, у 6 имелся трахео-пищеводный и у 2 – пищеводно-плевральный свищи, образовавшиеся при опухолевом распаде, 2 пациента проходили лечение по поводу ожоговой стриктуры пищевода. Применялись стенты корейской фирмы M.I. Tech. Установка производилась короткими эндоскопическими системами доставки малого диаметра.

Результаты. Удовлетворительная оценка стояния стента и адекватное расправление стента, отсутствие смещения были показанием для начала перорального приема пищи. Пациент мог покинуть стационар в этот же день. Первый день он мог употреблять воду и жидкую пищу, в последующие дни возможно было увеличение плотности продуктов.

Заключение. Стентирование пищевода – это современный метод эндоскопической хирургии, направленный на расширение и сохранение просвета пищевода посредством устанавливаемых саморасширяющихся стентов. Стентирование пищевода обладает меньшим количеством осложнений в отличие от других методик. Роль паллиативного лечения (на примере стентирования) заключается в уменьшении дисфагии, повышении качества жизни и увеличении продолжительности жизни.

Ключевые слова: стриктура пищевода, стентирование, рак пищевода, трахеопищеводный свищ

Objectives. To assess the experience of stents application, formulate the main indications and contraindications for the esophageal stenting, prove that the esophageal stenting with self-expandable metal stents is considered as the treatment of choice in incurable patients.

Methods. Within the period from 2007 to 2012 yrs. 68 patients have treated for the cancer of esophagus and gastric cardia, 2 patients with benign esophageal strictures were subjected to stenting at the general surgery department of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov. The group of patients included 53 men and 17 women. 60 patients with dysphagia grade III-IV have been examined, 6 of them – with trachea-esophageal, 2 – esophageal-pleural fistulas formed during the tumor disintegration, 2 patients were treated for burn strictures of the esophagus. M.I. Tech's esophageal stents of Korean firm were used. Insertion was carried out by short endoscopic delivery systems of a small diameter.

Results. Satisfactory evaluation of the stent state and adequate stent expansion, absence of any misplacement were considered as an indication for starting oral food intake. Patients may be allowed to go home shortly after an esophageal stent procedure (the same day). The first day the patient could use water and foods need to be liquid, moist and soft, in the following days it was possible to increase the density of products.

Conclusions. The study found that stenting of the esophagus is a current method of endoscopic surgery, aimed at the expanding and maintaining of the lumen of the esophagus by means of the inserted self-expandable stents. Esophageal stenting possesses by fewer complications unlike other techniques. The role of palliative treatment (for example, stenting) is considered to reduce dysphagia, improve the quality of life and increase life expectancy.

Keywords: esophageal stricture, stenting, esophageal cancer, tracheoesophageal fistula

Novosti Khirurgii. 2013 Nov-Dec; Vol 21 (6): 24-28

Endoscopic methods of elimination of dysphagia syndrome in stenosing diseases of the esophagus and related-complications
V.L. Belevich, D.V. Ovchinnikov, A.O. Brednev

Введение

В хирургической практике часто приходится сталкиваться с пациентами, у которых

нарушен нормальный пассаж пищи по верхнему отделу желудочно-кишечного тракта. Это может произойти в результате многих патологических процессов, приводящих к наруше-

нию целостности пищеварительной трубки и физиологического функционирования ее компонентов. Самым характерным симптомом поражения пищевода является дисфагия, которая в абсолютном большинстве случаев является следствием его органического поражения, в том числе и злокачественного. Несмотря на свое хронологически первоначальное появление в симптомокомплексе заболевания, дисфагия свидетельствует о запущенности процесса и имеет негативный прогноз [1, 2, 3, 4].

Все большее значение в современной хирургии приобретают малоинвазивные методы лечения, которые позволяют в короткие сроки восстанавливаться организму. Большая часть имеющихся в арсенале хирурга методов по устранению непроходимости пищевода носит паллиативный характер. Важное место в этом списке занимает восстановление и поддержание просвета органа с помощью саморасширяющихся стентов [5, 6].

В России этим вопросом серьезно стали заниматься только последние 10 лет. Имеются четкие показания, определена методика и выполнены многочисленные научные разработки в этой области. Основным направлением является лечение злокачественных стриктур и свищей пищевода [7, 8, 9, 10]. Имеются клинические наблюдения использования саморасширяющихся стентов для устранения дисфагии, вызванной доброкачественной стриктурой пищевода [11, 12, 13]. Опыт ограничен и существует недостаток данных об отдаленных результатах, поэтому использование стентирования при доброкачественных заболеваниях остается открытым вопросом.

Стентирование пищевода обладает меньшим количеством осложнений в отличие от других методов, решающих проблему дисфагии. Прежде всего, при имплантации стента существенно снижается количество образующихся свищей. Осложнения, связанные с установкой стента, включают его миграцию, перфорацию пищевода, боль в груди, кровотечение. Конструктивные особенности стента определяют как преимущества, так и его недостатки. Наиболее частым является неполное раскрытие стента, более характерное для сетчатых сверхгибких протезов. Протезы без покрытия лучше фиксируются к стенке пищевода, но прорастают опухолью, что требует применения аргоноплазменной коагуляции рецидива. У некоторых больных отмечается обструкция их просвета комками пищи, которая легко устраняется при эндоскопии [14, 15]

Цель исследования. Сформулировать основные показания и противопоказания для

стентирования пищевода; показать опыт применения стентов; доказать, что стентирование пищевода саморасширяющимися металлическими стентами является методом выбора у инкурабельных пациентов при наличии всех возможностей, имеющихся в хирургическом арсенале в настоящее время.

Материал и методы

На кафедре общей хирургии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова выполнено стентирование 68 пациентам, находившимся на лечении в клинике в период с 2007 по 2012 год по поводу рака пищевода и кардиального отдела желудка, и 2 пациентам с доброкачественной стриктурой пищевода. Группа пациентов включала в себя 53 мужчины и 17 женщин, средний возраст которых составил $64,2 \pm 8,6$ года. 60 человек обратились по поводу дисфагии III-IV степени, у 6 имелся трахео-пищеводный и у 2 – пищеводно-плевральный свищи, образовавшиеся при опухолевом распаде, 2 пациента проходили лечение по поводу ожоговой стриктуры пищевода.

По данным клинико-инструментальных методов исследования всем онкологическим пациентам был установлен диагноз рак пищевода или кардиоэзофагеальной зоны IV стадии, с поражением медиастинальных и других внутригрудных лимфатических узлов, наличием отдаленных метастазов, и признаками дисфагии III-IV степени. Такому контингенту не проводились ни радикальные операции, ни другие инвазивные пособия, из-за высокого риска осложнений и летального исхода. Основным методом лечения синдрома дисфагии стало эндоскопическое стентирование пищевода с целью восстановления проходимости пищевода. В последующем поддержание стента как можно более длительное время для улучшения метаболизма организма за счет адекватного естественного поступления питательных веществ, продления жизни с улучшением ее качества.

Диагностика заболевания включала упорядоченный нами алгоритм обследования. Первым этапом проводилось исследование обязательных параметров крови и мочи, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, КТ органов брюшной и грудной полостей, скинтиграфия. Также неотъемлемую роль носило рентгенконтрастное и эндоскопическое исследование пищевода, что позволяло определить протяженность, характеристику и степень сужения. Для гистологической верификации выполнялась биопсия, в 77% выявлена

аденокарцинома с различной степенью дифференцировки, а в 23% — плоскоклеточный рак. При этом морфологическая характеристика опухоли не влияла на выбор и тактику паллиативного лечения.

После подтверждения диагноза происходил подбор необходимого стента по имеющимся данным о протяженности опухоли и степени сужения просвета пищевода. В нашей клинике для эндоскопического стентирования пищевода используются стенты фирмы «M.I.Tech» (Seoul, Korea), общепризнанные в клинической практике мирового эндоскопического сообщества. Отличительными особенностями такого рода стентов являются наличие покрытия, которое устраняет возможность диффузного прорастания стента, также в структуре стента имеются рентгенконтрастные метки для удобства контроля. Установка производилась короткими эндоскопическими системами доставки малого диаметра.

Для установки минимальный диаметр просвета пищевода должен был составлять 8-10 мм. Если необходимого просвета не было, то производили бужирование или баллонную дилатацию до нужных размеров. В случае дисфагии IV степени возникала необходимость в деструкции опухоли, которая осуществлялась использованием аргоноплазменной коагуляции.

В нашей работе мы отдаем предпочтение комбинированному рентгеноэндоскопическому методу установки стента, однако возможно и использование только эндоскопической методики. Под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем стент устанавливался на уровне стриктуры, таким образом, чтобы проксимальный конец стента выходил на большое расстояние за зону опухолевого сужения. В дальнейшем от этой методики отказались и все манипуляции выполняли под эндоскопическим наблюдением с последующими контрольными визуализирующими рентгенограммами, что способствовало снижению уровня воздействия излучения как на больного, так и на персонал. Все вмешательства осуществлялись под сочетанной анестезией.

Адекватное расправление стента, удовлетворительная оценка стояния стента, отсутствие смещения были показанием для начала перорального приема пищи.

Результаты

Успешность стентирования пищевода саморасширяющимися стентами составила 100%

(то есть технически удалось поставить стент всем пациентам).

Наиболее частой жалобой после проведения стентирования являлась загрудинная боль, была отмечена у 55 (78,6%) пациентов. Также мы наблюдали такие грозные осложнения, как перфорация пищевода в результате механического раздвигания стентом ткани опухоли, у 2 (2,8%) пациентов и в 2 (2,8%) случаях наблюдалась миграция стента на 1-2-е сутки. Из поздних осложнений встретились 3 рецидива дисфагии (4,3%) в результате зарастания просвета пищевода над проксимальным участком стента, у 4 (5,7%) пациентов образовался пищеводный свищ (3 трахео-пищеводных свища и 1 пищеводно-плевральный), у 1-го пациента (1,4%) произошло разрушение стента через 2 месяца. В 9 (12,8%) случаях потребовалось рестентирование. Продолжительность жизни после стентирования по поводу злокачественных стриктур составила 6-14 месяцев, в среднем 10 месяцев.

В 2 случаях выполнялось стентирование у пациентов с ожоговыми стриктурами пищевода, как первый этап лечения. После нормализации состояния и метаболизма были выполнены пластические операции на пищеводе.

Из интересных наблюдений стоит сказать об успешном выполнении стентирования пациенту, перенесшему операцию по поводу рака нижней трети пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза. Через полгода после операции у пациента возникли жалобы на отхождение мокроты с кровью, дисфагию, кашель, повышение температуры тела. Было проведено обследование, выявлен рецидив рака в зоне желудочного трансплантата с дисфагией III степени. Также в области анастомоза у пациента наблюдался бронхо-пищеводный свищ. Расстояние между свищем и зоной стеноза составила 13 см, что потребовало применения самого длинного стента (максимальная длина в расправленном состоянии 20 см). На контрольном рентгенконтрастном исследовании подтекания в бронхи контраста не отмечено, зона стеноза проходима (диаметр до 1,5 см).

Максимальное раскрытие стента происходило не сразу, а в течение нескольких суток. Поэтому динамический рентгенологический контроль является неотъемлемой частью всей методики по установке пищеводных стентов. Рентгенконтрастное исследование выполнялось сразу после окончания стентирования и далее через сутки. Также данное исследование позволяло исключить миграцию стента и перфорацию пищевода.

Удовлетворительная оценка стояния стента

та и адекватное расправление стента, отсутствие смещения были показанием для начала перорального прима пищи. Пациент мог покинуть стационар в этот же день. Первый день он мог употреблять воду и жидкую пищу, в последующие дни возможно было увеличение плотности продуктов.

Стентирование проводилось в эндоскопическом кабинете, как правило, в утренние часы. За 10-15 минут производилась премедикация, включающая введение растворов промедола и атропина. Все вмешательства осуществлялись без проведения общей анестезии.

Для точной детализации успешности проведения стентирования использовались различные параметры: субъективные оценки пациентов (определение степени дисфагии и изменение качества жизни после оперативного вмешательства); параметры стриктуры, измеренные при помощи рентгенологического и эндоскопического методов; статические наблюдения за количеством осложнений (поздних и ранних); измерения продолжительности жизни пациентов.

Обсуждение

В современной хирургии превалирует тенденция к минимизации и малоинвазивности хирургических вмешательств. Этим принципам удовлетворяют эндоскопические методы, которые стали широко применяться в нашей клинике, как для восстановления, так и для поддержания энтерального питания у нуждающихся в этом пациентов. Стентирование пищевода — это современный метод эндоскопической хирургии, направленный на расширение и сохранение просвета пищевода посредством устанавливаемых саморасширяющихся стентов. В большинстве случаев, около 95%, стентирование проводится для устранения злокачественной обструкции. Связано это с поздней обращаемостью пациентов за помощью, основным поводом служит нарастающая дисфагия и связанные с ней алиментарные нарушения.

Роль паллиативного лечения (на примере стентирования) заключается в уменьшении дисфагии, повышении качества жизни и увеличении продолжительности жизни. Паллиативное лечение дисфагии при неоперабельной карциноме пищевода или рецидиве карциномы на месте анастомоза — важная проблема, требующая решения. При нерезектабельной опухоли, если это выявлено на этапе торакотомии, может быть выполнено обходное шунтирование, но в большинстве случаев хирургами

избирается вариант лечения, предусматривающий формирование гастростомы, психологически тяжело воспринимаемой пациентом и часто ведущей к социальной дезадаптации. По данным литературы, результаты паллиативной хирургии неудовлетворительные: после резекции пищевода средняя выживаемость пациентов составляет 12,2 месяца (интервал 3–21 мес.), после обходных операций — 11,5 месяцев (интервал 3–18 мес.), после гастростомии — 5 месяцев (интервал 2–12 мес.) [2, 6]. Поэтому остро встает вопрос о целесообразности такой паллиативной хирургии. Чаще всего при запущенном процессе хирурги отдают предпочтение малоинвазивным методам восстановления проходимости пищевода, одним из таких безусловно является стентирование пищевода, сохраняющее, что не маловажно, качество жизни пациентов.

Выводы

1. В настоящий момент стентирование пищевода саморасширяющимися проволочными стентами — это наиболее эффективный метод, используемый для поддержания проходимости пищевода при злокачественном сужении у неоперабельных пациентов с раком пищевода в IV стадии, а также является основным методом выбора при лечении пациентов с пищеводными свищами злокачественной природы.

2. Показаниями для постановки саморасширяющихся стентов могут явиться: рецидивы рака в зоне анастомозов, образование свищей в зоне гастроэзофагоанастомозов и лечение перфораций.

3. Стентирование саморасширяющимися стентами — это малоинвазивный метод восстановления проходимости пищевода, не требующий проведения общей анестезии и сопровождающийся минимальным количеством осложнений. Начало перорального питания возможно уже с первых суток после проведения вмешательства;

4. Пищеводный стент обеспечивает адекватную проходимость, что влечет за собой увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни инкурабельных пациентов.

5. Следует отдавать предпочтение покрытым стентам или имеющим небольшие участки без покрытия.

6. Метод применим также как подготовительный этап в хирургическом лечении доброкачественных стриктур пищевода.

Конфликт интересов отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев М. П. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода / М. П. Королев, Л. Е. Федотов, А. А. Смирнов // Вестн. хирургии. им. И. И. Грекова – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 58–64.
2. Лазарев А. Ф. Сравнительный анализ радикального лечения рака пищевода / А. Ф. Лазарев, С. Д. Фокеев // Рос. онкол. журн. – 2006. – № 2. – С. 35–37.
3. Паллиативные вмешательства в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода / Л. Д. Роман [и др.] // Вопр. онкологии. – 2009. – Т. 55, № 1. – С. 56–59.
4. Systematic review: temporary stent placement for benign rupture or anastomotic leak of the oesophagus / P. G. van Boeckel [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2011 Jun. – Vol. 33, N 12. – P. 1292–301.
5. Галлингер Ю. И. Эндоскопическое лечение стриктур пищеводных анастомозов / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло. – М.: ПРОФИЛЬ, 2006. – 152 с.
6. Скворцов М. Б. Рак пищевода: хирургическое лечение / М. Б. Скворцов // Сиб. мед. журн. – 2011. – № 4. – С. 21–30.
7. Хайруллинов Р. В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения рака пищевода / Р. В. Хайруллинов // Вестн. хирургии. – 2006. – Т. 165, № 3. – С. 48–51.
8. Risk of mortality and cancer incidence in Barrett's esophagus / M. B. Cook [et al.] // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 2007 Oct. – Vol. 16, N 10. – P. 2090–96.
9. Self-expanding Polyflex plastic stents in esophageal disease: various indications, complications, and outcomes / C. Ott [et al.] // Surg Endosc. – 2007 Jun. – Vol. 21, N 6. – P. 889–96.
10. Novel biodegradable stents for benign esophageal strictures following endoscopic submucosal dissection / Y. Saito [et al.] // Dig Dis Sci. – 2008 Feb. – Vol. 53, N 2. – P. 330–33.
11. Эндохирургические способы восстановления энтерального питания при неоперабельном раке пищевода / А. А. Ищенко [и др.] // Сиб. онкол. журн. – 2008. – Прил. 1. – С. 62–63.
12. Климашевич А. В. Возможность лечения непрерывно рецидивирующих стриктур пищевода методом стентирования / А. В. Климашевич // Изв. высш. учеб. заведений. Поволж. регион. Мед. науки. – 2011. – № 3. – С. 81–88.
13. Профилактика и лечение рубцовых стриктур пищевода / А. В. Климашевич [и др.] // Фундам. исследования. – 2012. – № 4-1. – С. 63–68.
14. Success and complications associated with placement of fully covered removable self-expandable metal stents for benign esophageal diseases (with videos) / M. A. Eloubeidi [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2011 Apr. – Vol. 73, N 4. – P. 673–81.
15. Comparative retrospective study on the use of plastic prostheses and self-expanding metal stents in the palliative treatment of malignant strictures of the esophagus and cardia / F. Mosca [et al.] // Dis Esophagus. – 2003. – Vol. 16, N 2. – P. 119–25.

Адрес для корреспонденции

194044, Российская Федерация,
г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6,
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
кафедра общей хирургии,
тел.: 8-911-213-62-53,
e-mail: val-belevich@yandex.ru,
Белевич Валерий Леонтьевич

Сведения об авторах

Белевич В.Л., к.м.н., старший преподаватель кафедры общей хирургии ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, полковник медицинской службы.
Овчинников Д.В., к.м.н., старший помощник начальника отдела (подготовки НПК и организации НИР) ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская ака-

демия имени С.М. Кирова» МО РФ, майор медицинской службы.
Бреднев А.О., адъюнкт кафедры госпитальной хирургии ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, старший лейтенант медицинской службы.

Поступила 26.08.2013 г.