

Случай длительного самостоятельного слепого бужирования пищевода.

В.И.Стариков, А.С.Ходак

Харьковский национальный медицинский университет.

Резюме. Обсуждается эффективность различных методов лечения ожоговых стриктур пищевода. Приведен случай длительного эффективного самостоятельного бужирования пищевода бужом собственной конструкции.

Ключевые слова: пищевод, стриктура, бужирование.

The case of a long independent blind bougienage of the esophagus.

Starikov V.I., Khodak A.S.

Kharkiv National Medical University.

Summary. Discusses the effectiveness of different methods of treatment of burn strictures of the esophagus.

An example of a long-term, efficient self-reproduction of the esophagus with its own design is presented.

Keywords: esophagus, stricture, bougienage

Випадок тривалого самостійного сліпого бужування стравоходу

В.І.Старіков, А.С.Ходак

Резюме. Обговорюється ефективність різних методів лікування опікових стриктур стравоходу. Наведено випадок тривалого ефективного самостійного бужування стравоходу бужом власної конструкції.

Ключові слова: стравохід, стриктура, бужування.

В настоящее время химические ожоги по частоте занимают второе место среди заболеваний пищевода у взрослых, и в 10 -70% случаев приводят к формированию рубцовых стриктур пищевода (РСП), которые приводят к ухудшению качества жизни больного, а иногда к полной дисфагии (1,5).

Кроме этого некоторые исследователи указывают на высокую вероятность развития

плоскоклеточного рака пищевода у перенесших химический ожог. Риск развития опухоли повышается в 1000 раз (6).

В связи с этим профилактика и лечение послеожоговых РСП на протяжении многих лет остаётся сложной и актуальной проблемой хирургии.

Лечение больных с РСП осуществляется по двум основным направлениям. Первое направление - это малоинвазивные методы лечения, включающие бужирование, баллонную дилатацию, стентирование и эндоскопические методы. Самым распространённым и надёжным методом считается бужирование РСП с применением различных вариантов. Его эффективность составляет от 65% до 93% (2).

Несмотря на большое количество предложенных методов бужирования данные манипуляции остаются высоко травматичными, кроме того, у 30 – 40% больных возникает рецидив стриктуры (7).

Одним из тяжёлых осложнений слепого бужирования РСП является его перфорация, частота которой колеблется от 1% до 16,7% (6).

Основные методики бужирования это: 1) «вслепую»; 2) «по нити»; 3) «за нить» ортоградно и ретроградно; 4) по металлической струне – направителю.

Учитывая высокую вероятность перфорации пищевода и ограниченные лечебные возможности бужирования «вслепую», в последние годы этот метод не рекомендуется к практическому применению некоторыми авторами (4).

Более безопасным методом бужирования РСП является бужирование по металлической струне. Методика заключается в низведении полого бужа через стриктуру по металлической струне, проведённой в желудок под рентгенологическим контролем. Металлический проводник предотвращает отклонение кончика бужа в сторону, что уменьшает вероятность перфорации стенки пищевода и кровотечения.

Проведение струны в желудок возможно через биопсийный канал эндоскопа, что позволяет подвести струну непосредственно к зоне сужения под визуальным контролем и объективной оценкой зоны стриктуры и пищевода непосредственно после сеанса бужирования.

Появление специальных высокопрочных материалов, выдерживающих высокое давление, позволило создать и достаточно широко внедрить метод баллонной пневмо- и

гидродилатации для профилактики и лечения РСП .

Профилактическая эффективность баллонной дилатации, по данным разных авторов, варьирует в пределах от 11,6 до 96,15%. Отрицательным моментом ранней дилатации пищевода, по мнению А.Ю. Разумовского и соавт. (2012), является постоянная травматизация эпителия грануляций пищевода, что замедляет заживление и приводит к фиброзу стенки органа (3).

Баллонная дилатация уступает бужированию, так как эффективна только при коротких рубцовых стриктурах, малоэффективна при ригидных стриктурах, требует экспозиции баллона в пищеводе.

Современным направлением в лечении РСП является стентирование.

Клинико–экспериментальные работы с применением саморасправляющихся частично или полностью покрытых различными материалами стентов показали уменьшение дисфагии у 48 -100% больных с РСП, а также снижение вероятности пролежня пищевода и периэзофагальной реакции. На сегодняшний день наиболее широко используются металлические (нитиноловые) стенты из полидиоксанона и стенты из силикона.

Установленные в пищевод стенты оказывают непрерывное равномерное и дозированное давление на грануляции и молодую соединительную ткань, тем самым предупреждая развитие грубой волокнистой ткани, суживающей просвет (6). А.В. Климашевич (2013) указывает на увеличение числа хороших отдалённых результатов лечения РСП методом стентирования на 35,9% по сравнению с бужированием и уменьшение неудовлетворительных на 27,1% (1).

Не всеми клиницистами стентирование признаётся альтернативой бужирования у больных с РСП (4). Так А.Ф. Черноусов и соавт., Э.А. Годжелло и соавт. (2013) указывают на такие осложнения как грануляционный стеноз, дегенеративные и дистрофические изменения слизистой оболочки, стриктура выше и/ или ниже стента. Кроме этого со стороны стента может происходить отслойка его внутреннего покрытия стента с частичным перекрытием его просвета, обтурация пищевыми массами, фрагментация и миграция стента, врастание протеза в стенку пищевода с последующим некрозом, образование пролежней и свищей при длительном стентировании (от 7 до 16 месяцев). Существует опасность при удалении стента (2).

Несмотря на успехи бужирования пищевода при РСП, по данным различных авторов 10 -50% больных по-прежнему нуждаются в оперативном лечении. На сегодня предложены методики: удаление рубцово –изменённого пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой, выключение пищевода на шее с одномоментной пластикой пищевода толстой кишкой, тонкой кишкой или желудком. Предпочтение отдаётся эзофагопластике нисходящим отделом толстой кишки по сравнению с восходящим в связи с меньшим её диаметром, облегчающим проведение на шею без сдавления в верхней апертуре грудной клетки.

Необходимо отметить, что больные с РСП часто имеют дефицит массы тела более 15%, тяжелые сопутствующие заболевания и плохое кровоснабжение проксимального отдела пищевода. Поэтому, количество больных с различными осложнениями после эзофагопластики достигает 24%. К ранним осложнениям относятся некроз трансплантата до 10,7%, несостоятельность пищеводно-толстокишечного анастомоза (10%- 35%), повреждение медиастинальной плевры, что приводит к пневмотораксу и пневмонии (7).

Встречаются также и поздние осложнения такие как стеноз толстокишечного анастомоза (5-26,1%), пептическая язва трансплантата, регургитация, рефлюкс –колит (3).

Таким образом, несмотря на высокую травматичность и высокий процент рецидива стриктуры (15 -40%), а также летальность до 10% бужирование является основным и наиболее эффективным методом лечения РСП у 70 -80% больных.

В качестве примера мы приводим редкое клиническое наблюдение длительного слепого бужирования пищевода у больного с ожоговой стриктурой, причём примечательным является то, что больной самостоятельно выполнял эту процедуру и буж был изготовлен им из подручных материалов.

Больной Б. 49 лет поступил в торакальное отделение с жалобами на умеренную дисфагию во время приёма твёрдой пищи. Во время приёма жидкой пищи больной не испытывал дисфагии.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад больной перенёс ожог пищевода кислотой, которую выпил по ошибке. После оказания медицинской помощи явления воспаления в пищеводе стихли, в течении 2 –х месяцев больной принимал преимущественно жидкую не острую пищу. При переходе на обычное питание он ощутил дисфагию во время

употребления хлеба или мяса. При рентгенологическом исследовании с контрастом был выявлен стеноз пищевода по типу «мышинного хвоста», который начинался в верхней трети грудного отдела и продолжался до нижней трети (рис.1).



Рис. 1. Рентгенограмма пищевода.

Больному проводилась противовоспалительная терапия, однако дисфагия нарастала, в связи с чем начато бужирование пищевода в условиях стационара. Пройдемость пищи улучшилась. После выписки из стационара больной самостоятельно изготовил буж собственной конструкции. За основу была взята пластиковая трубка из капельницы в которую, для придания жёсткости, был вставлен металлический тросик от мотоцикла и в конце запаян пластиком (рис. 2).

Рис. 2. Пищеводный буж оригинальной конструкции.

Примерная длинна «бужа» составляла 40 см. Пациент самостоятельно проводил бужирование 1 раз в 3 дня в течение 12 лет. Явлений дисфагии при приёме жидкой пищи практически не ощущал.

В торакальное отделение лёг для дообследования и исключения рака пищевода. Больному была проведена фиброэзофагоскопия. На расстоянии 22 см от резцов имелось циркулярное коническое сужение пищевода до 0,6 см в диаметре, дальнейшее продвижение гастроскопа было затруднено. Признаков злокачественной опухоли на осмотренном участке пищевода не обнаружено. Получив информацию об отсутствии злокачественной

опухоли в пищеводе больной выписался.

Повторно больной обратился в клинику через 4 года, т.е. через 16 лет после ожога. При обследовании диагностирован рак пищевода.

Приведенный клинический случай указывает на высокую эффективность слепого бужирования РСП даже в домашних условиях.

Учитывая высокий риск малигнизации послеожоговых РСП пациенты с этой патологией должны находиться на постоянном диспансерном наблюдении у онколога.

Список литературы:

1. Климашевич А.В. Оптимальные сроки профилактики и лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода / А.В. Климашевич, В.И.Никольский, О.В. Богонина и др.// *Фундаментальные исследования*. - 2013. – №3. С. 83-87.
2. Макарова О.Л. Тактика лечения больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка после химических ожогов / О.Л. Макарова, М.П.Королев, Л.Е.Федотов // *Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии*. Киев 2003. - №3 – Т.7. – с. 39-40.
3. Разумовский А.Ю. Лечение химических ожогов пищевода у детей / А.Ю.Разумовский, А.В.Гераськин, Р.В.Обыденнов, Н.В.Куликова // *Хирургия*. – 2012.- №1. С.43-48.
4. Ратнер Г.Л. Ожоги пищевода и их последствия. // Г.Л.Ратнер, В.И. Белоконев // *М. Медицина*,1982. – 160С.
5. Рукевич С.Г., Особенности диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей / С.Г.Рукевич, В.В. Паршиков, Г.Б. Батанов, В.Ф.Россосохин // *Медицинский альманах*. – 2014. - №5 (35). – С.190-194.
6. Corrosive esophageal injury. Professional health care portal “Health writing” 2007 www.health-writings.com
7. Sakineh Fallahi Extent of Injury of Gastrointestinal tract due to accidental ingestion of chemicals among children at Bandar Abbass Children Hospital 2009 -2011. / Sakineh Fallahi, SeyedM.V.Hosseini, SoghraFallahi, [et.al](#). // *Life Science Journal* 2012; 9(4): 2054 -2057.

>

Сведения об авторах

Стариков Владимир Иванович

Зав. кафедрой онкологии ХНМУ,

д.мед.н., профессор

моб.тел. 0509266760

Эл.почта- Star.onco@i.ua

Ходак Андрей Сергеевич

доцент кафедры онкологии ХНМУ,

канд.мед.наук

моб.тел. 0506193631

Эл. Почта – a.khodak@i.ua