

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ АНАСТОМОЗОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
(краткое сообщение)

В.Л. ПОЛУЭКТОВ

Омская государственная медицинская академия, ул. Ленина, 12, г. Омск, Россия, 644043

Аннотация. Большое количество операций на органах желудочно-кишечного тракта завершается наложением различных анастомозов. К сожалению, в ряде случаев заживление анастомозов заканчивается формированием стриктуры. За последние годы появились эффективные малоинвазивные методы лечения стриктур анастомозов, основанные на насильственном, механическом расширении сужения анастомоза. При этом при их использовании могут возникать тяжелые осложнения.

В данной статье представлены пути совершенствования различных способов лечения стриктур анастомозов желудочно-кишечного тракта с помощью эндоскопических пособий, что позволило повысить безопасность применения этих методов.

Проанализированы результаты лечения рубцовых стриктур анастомозов, по усовершенствованным методам, у 42 больных.

В частности, у всех больных, примененные методы обеспечили устранение рубцовых стриктур. В 1 случае, при бужировании, наблюдалось кровотечение из зоны анастомоза, которое было верифицировано во время процедуры, что позволило провести своевременный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом. Других осложнений не было.

В статье сделан вывод о том, что усовершенствованные методы лечения рубцовых стриктур анастомозов желудочно-кишечного тракта, примененные в клинике являются высокоэффективными, имеют минимальное количество осложнений и являются методом выбора при этой патологии.

Ключевые слова: стриктуры анастомозов желудочно-кишечного тракта, эндоскопия, лечение стриктур желудочно-кишечного тракта

TREATMENT OF PATIENTS WITH ANASTOMOTIC STRICTURE SCAR GASTROINTESTINAL
(scientific report)

V.L. POLOUEKTOV

Omsk State Medical Academy, st. Lenin, 12, Omsk, Russia, 644043

Abstract. A large number of operations on the gastrointestinal anastomoses various superimposed ends. Unfortunately, in some cases, the healing anastomosis stricture formation ends. Over the past years there have been an effective minimally invasive treatments anastomotic stricture based on the violent, mechanical expansion narrowing of the anastomosis. And when they are used may occur serious complications.

This article presents the different ways to improve treatments for anastomotic stricture of the gastrointestinal tract by means of endoscopic tools that will improve the safety of these methods.

The results of treatment of cicatricial strictures anastomoses on advanced techniques in 42 patients.

In particular, in all patients, the technique used to ensure the removal of scar strictures. In one case, probing, there was bleeding from the area of the anastomosis, which was verified during the procedure, allowing for a timely endoscopic hemostasis with a favorable outcome. Other complications.

The article concluded that improved methods of treating scar stricture of anastomosis of the gastrointestinal tract, applied in the clinic are highly have a minimum number of complications and are the method of choice in this pathology.

Key words: anastomotic stricture gastrointestinal endoscopy, treatment of strictures of the gastrointestinal tract.

За последние годы появились эффективные малоинвазивные методы лечения стриктур анастомозов – бужирование, пневмодилатация, стентирование [2-4]. Так как все вышеописанные методы основаны на насильственном, механическом расширении сужения анастомоза, при их использовании могут возникать тяжелые осложнения, такие как перфорация, кровотечение, травма слизистой оболочки [1]. В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику малотравматичных и безопасных методов лечения стриктур анастомозов желудочно-кишечного тракта является актуальной проблемой.

Библиографическая ссылка:

Полуэктов В.Л. Лечение больных с рубцовыми стриктурами анастомозов желудочно-кишечного тракта (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-231. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5040.pdf> (дата обращения: 25.12.2014).

Цель исследования – повышение безопасности лечения доброкачественных стриктур анастомозов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 42 больных, лечившихся в Омской областной клинической больнице по поводу стриктур анастомозов на различных уровнях желудочно-кишечного тракта. Возраст пациентов колебался от 19 до 64 лет, мужчин было 17, женщин – 25. В Таблице 1 представлено распределение обследованных больных по виду анастомоза и по характеру патологии, по поводу которой была произведена операция.

Таблица 1

Распределение больных по виду анастомоза и по характеру патологии

Вид анастомоза	Общее количество больных	Диагноз до операции	Количество больных
Стриктура эзофагогастроанастомоза после проксимальной резекции желудка	10	Рак желудка	7
		Лейомиома желудка	2
		Стромальная опухоль кардиального отдела желудка	1
Стриктура эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии	12	Рак желудка	12
Стриктура межкишечного анастомоза после гемиколэктомии	15	Дивертикулит толстой кишки	9
		Рак толстой кишки	6
Стриктура анастомоза на шее после эзофагопластики	5	Толстокишечная эзофагопластика	2
		Эзофагопластика желудочным стеблем	3
Всего	42		42

Всем больным проводились общеклинические исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография пищевода и желудка.

Всем больным устранения стриктуры анастомоза проводилось по усовершенствованным методам.

Результаты и их обсуждение. Для повышения безопасности лечения стриктур желудочно-кишечного тракта установка бужа, расширяющего элемента баллонного дилатора, установка стента, а так же, собственно расширение суженного участка, проводились под визуальным контролем с помощью эндоскопа проведенного параллельно инструменту. Для обеспечения удобства и надежности проведения бужа, пневмодилатора и доставочного стент устройства, в зону стриктуры была проведена их модификация, путем укрепления на дистальном конце инструмента петельки из лески. Петелька, фиксированная на конце бужа или доставочного стент устройства, служила для возможности управлять концом инструмента при эндоскопии с помощью биопсийных щипцов. Кроме того, для проведения бужирования был разработан буж с винтообразной резьбой на дистальном конце (патент на полезную модель № 36231).

Задачей полезной модели являлось обеспечение безопасного проведения бужа через стриктуру пищевода. Поставленная задача решалась тем, что у бужа из гибкого пластмассового стержня имеется винтообразная резьба. Предложенная конструкция инструмента обладает рядом достоинств, среди которых – возможность бужирования стриктур, имеющих небольшой («точечный») просвет, стриктур, образованных плотными рубцовыми тканями или имеющих извитой ход, при этом опасность перфорации стенки анастомоза значительно снижается за счет воздействия на рубцовые ткани не только в продольном, но и в поперечном направлениях.

Бужирование стриктуры анастомоза с помощью винтообразного бужа с петелькой.

В просвет пищевода или толстой кишки вводился винтообразный буж, с привязанной петелькой на дистальном конце. Рядом с бужом вводился эндоскоп. Через биопсийный канал эндоскопа проводились биопсийные щипцы. Под контролем зрения конец бужа биопсийными щипцами захватывался за петельку. Таким образом, дистальным концом бужа можно было управлять, изгибая конец эндоскопа и манипулируя подъемником биопсийного канала, что обеспечивало безопасную и прицельную возможность введение конца бужа в суженное отверстие анастомоза. Затем, под визуальным контролем, вращением вокруг продольной оси, конец бужа ввинчивался в стриктуру, раздвигая рубцовые ткани. После расширения анастомоза до заданного размера буж извлекался, зона анастомоза осматривалась на предмет

Библиографическая ссылка:

Полужков В.Л. Лечение больных с рубцовыми стриктурами анастомозов желудочно-кишечного тракта (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-231. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5040.pdf> (дата обращения: 25.12.2014).

возможной перфорации, при необходимости аппарат проводился через анастомоз для визуализации ни-
жележащих участков.

Бужирование стриктур пищевода с помощью винтообразного бужа мы применили в 30 случаях. Удалось разбужировать анастомоз до заданных размеров. Осложнений не было.

Баллонная дилатация анастомоза.

По вышеописанной методике в просвет пищевода или кишки вводился модифицированный зонд с раздуваемым баллоном и привязанной петелькой на дистальном конце. Под контролем зрения с помощью биопсийных щипцов баллон устанавливается в области суженого анастомоза в спущенном состоянии, после чего под визуальным контролем проводилось раздувание баллона до заданного диаметра. Затем из баллона удаляется воздух, он извлекается, проводился осмотр зоны анастомоза на предмет диагностики возможных осложнений.

Стентирование зоны стриктуры анастомоза.

Для безопасной установки стента в суженный анастомоз усовершенствован метод доставки расширяющего устройства под эндоскопическим контролем. На конце доставляющего стент зонда прикрепляется петля из лески. Дальнейшее постановка доставляющего стент устройства осуществляется по такой же схеме, как описано выше при бужировании и баллонной дилатации. Используя усовершенствованный метод, удалось во всех случаях установить расширяющий стент в заданную позицию. При этом не наблюдалось неудач и осложнений.

К настоящему времени, с использованием усовершенствованных методов, проведено 54 процедуры устранения стриктуры анастомоза у 41 больного, при этом наблюдали 1 осложнение (табл. 2).

Таблица 2

Количество проведенных процедур и осложнения при их применении

Вид патологии	Метод лечения	Количество процедур	Осложнения
Стриктура эзофагогастро, эзофагоэнтероанастомоза (n=27 больных)*	Бужирование	18	0
	Баллонная дилатация	10	0
	Стентирование	5	0
Стриктура межкишечного анастомоза (n=15 больных)*	Бужирование	12	Кровотечение из зоны анастомоза
	Баллонная дилатация	9	0
	Всего	54	1

Примечание: * – у некоторых больных процедуры проводились несколько раз

У всех больных, примененные методы обеспечили устранение рубцовых стриктур. В одном случае при бужировании наблюдалось кровотечение из зоны анастомоза, которое было верифицировано во время процедуры, что позволило провести своевременный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом. Других осложнений не было.

Выводы. Таким образом, усовершенствованные методы лечения рубцовых стриктур анастомозов желудочно-кишечного тракта, примененные в клинике являются высокоэффективными, имеют минимальное количество осложнений и являются методом выбора при этой патологии.

Литература

1. Черноусов Ф.А., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Шестаков А.Л. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода // Endo Хирургия. XI съезд хирургов России: сборник тезисов, 2010. С. 15–18.
2. Рычагов Г.П., Голуб А.М. Лечение рубцовых стриктур пищевода и его соустьев. Минск: Красико-Принт, 2002. С. 22–26.
3. Fan Z., Dai N., Chen L. Expandable thermal shaped memory metal esophageal stent: experiments with a new nitinol stent in 129 patients // Gastrointest Endosc. 1997. №46. P. 352–357.
4. Siersma P.D., Hop W.C., Van-Blankenstein M., Dees J. A new design metal stent (Flamingo stent) for palliation of malignant dysphagia: a prospective study. The Rotterdam Esophageal Study Group // Gastrointest Endosc. 2000. V. 51. P. 139–145.

Библиографическая ссылка:

Полужтков В.Л. Лечение больных с рубцовыми стриктурами анастомозов желудочно-кишечного тракта (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-231. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5040.pdf> (дата обращения: 25.12.2014).

References

1. Chernousov FA, Godzhello EA, Khrustaleva MV, Shestakov AL. Oslozhneniya stentirovaniya u bol'nykh s dobrokachestvennymi i zlokachestvennymi zabolevaniyami pishchevoda. Endo Khirurgiya. XI s"ezd khirurgov Rossii: sbornik tezisov; 2010. Russian.
2. Rychagov GP, Golub AM. Lechenie rubtsovykh striktur pishchevoda i ego soustiy. Minsk: Krasiko-Print; 2002. Russian.
3. Fan Z, Dai N, Chen L. Expandable thermal shaped memory metal esophageal stent: experiments with a new nitinol stent in 129 patients. Gastrointest Endosc. 1997;46:352-7.
4. Siersma PD, Hop WC, Van-Blankenstein M, Dees J. A new design metal stent (Flamingo stent) for palliation of malignant dysphagia: a prospective study. The Rotterdam Esophageal Study Group. Gastrointest Endosc. 2000;51:139-45.

Библиографическая ссылка:

Полужтков В.Л. Лечение больных с рубцовыми стриктурами анастомозов желудочно-кишечного тракта (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-231. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5040.pdf> (дата обращения: 25.12.2014).