

УДК 616.33-003.92-072.1

РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА*Е.С. Кочергина, И.В. Мартыненко, Ю.В. Масай, С.В. Глушак*

Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: *пищевод, постожоговая стриктура, баллонная дилатация.*

Восстановление проходимости пищевода при рубцовых стриктурах является актуальной проблемой, так как заболеваемость здесь не имеет тенденции к снижению вследствие широкого использования в быту и на производстве агрессивных веществ, а также большого количества пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [1, 4]. Постожеговые стриктуры пищевода являются одной из наиболее частых патологий данного органа, особенно у детей [5, 8]. По данным ряда авторов, распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни достигает среди взрослого населения 20–50 %, а развитие стриктур пищевода на этом фоне отмечается в 7–23 % случаев [2, 9]. Эндоскопические методики внутрипросветного лечения непроходимости пищевода имеют неоспоримые преимущества перед гастростомией [3, 6, 7].

В 2008–2012 гг. в нашей клинике находились на лечении 119 пациентов (95 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 21 до 63 лет с доброкачественными стриктурами пищевода. Около 2/3 стриктур являлись результатом химического ожога пищевода, в остальных случаях они формировались в результате рефлюкс-эзофагита, лучевой терапии, повреждения во время оперативных вмешательств, длительного нахождения в пищеводе желудочного зонда.

Эндоскопически стриктуры выглядели как плотная рубцовая воронка округлой или многоугольной формы, в просвете мог быть фибрин, под которым определялась ярко-красная рубцовая ткань. Для дилатации пищевода применялись специальные баллоны высокого давления диаметром от 8 до 20 мм фирмы СООК, которые под рентген-контролем устанавливались в области сужения через биопсийный канал, заполнялись водорастворимым контрастным веществом и раздувались до расправления «тали» и механического разрыва рубцовых тканей. Мы использовали метод последовательного расширения стриктуры путем применения баллонов различного диаметра – от меньшего к большему – в течение нескольких сеансов через 1–2 дня. (На этапе освоения методики мы стремились ликвидировать стриктуры одномоментно и в 3 случаях получили подкожную эмфизему мягких тканей шеи, разрешенную консервативно.) Манипуляция проводилась под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем на фоне адекватной анестезии.

Полное восстановление проходимости пищевода на нашем материале достигнуто в большинстве наблюдений. В 1 случае после баллонной дилатации была выявлена еще одна стриктура нижней трети пищевода, ранее не диагностированная, выполнена ее баллонная

дилатация. Только у 4 больных (3,4 %) не удалось полностью расправить место сужения, что было связано с высокой плотностью рубцовой ткани области стриктуры и большой длительностью заболевания. Летальных исходов не зарегистрировано.

Таким образом, лечение рубцовых стриктур пищевода следует начинать с эндоскопических методов, которые в большинстве случаев позволяют восстановить проходимость верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Эффективность эндоскопического пособия зависит от характера самой стриктуры и длительности ее существования. Успех лечения напрямую связан с соблюдением принципов последовательности и постепенности, что позволяет минимизировать количество осложнений.

Литература

1. Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода // Альманах эндоскопии. 2002. № 1. С. 32–38.
2. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Врач. 1998. № 9. С. 15–17.
3. Мяукина Л.М., Филин А.В. Алгоритм диагностики и лечения больных послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода // 7-й Московский междунар. конгр. по эндоскоп. хирургии: тез. докл / под ред. Ю.И. Галлингера. М., 2003. С. 258–260.
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Бужирование пищевода при рубцовых ожоговых стриктурах // Хирургия. 1998. № 10. С. 25–29.
5. Blesa E., Moreno C., Alaminos M. et al. Severe caustic injuries of the esophagus: when to replace the esophagus // Cir. Pediatr. 2001. Vol. 14 (1). P. 34–37.
6. Groitl H. Endoscopic treatment of scar stenosis in the upper GI Tract // Endoscopy. 2000. Vol. 16, No. 5. P. 168–170.
7. Nostrant T.T., Nandi P.S. Esophageal dilation // Gastroenterologist. 1998. Vol. 6, No. 1. P. 5–15.
8. Stiff G., Alwafi A., Rees B.I., Lari J. Corrosive injuries of the oesophagus and stomach: experience in management at a regional pediatric center // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1996. Vol. 78, No. 2. P. 119–123.
9. Tytgat G.N. Dilation therapy of benign esophageal stenoses // World. J. Surg. 1989. Vol. 13, No. 2. P. 142–148.

Поступила в редакцию 01.03.2013.

X-RAY ENDOSCOPIC TREATMENT OF CORROSIVE OESOPHAGEAL STRICTURES*E.S. Kochergina, I.V. Martynenko, Yu.V. Masay, S.V. Glushak
Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St.
Vladivostok 690091 Russian Federation)*

Summary – The paper summarises five-year experience in applying the X-ray endoscopy-based approach to restoring oesophageal patency in 119 patients aged 21–63 in case of strictures of different origin. The doctors have succeeded in performing complete restoration of oesophageal patency in most cases. In 3.4% of cases (4 patients), the oesophageal stricture dilation failed even in case of maximum balloon pressure due to high density of scar tissue in the area of stricture and longer disease duration. There have been no lethal outcomes.

Key words: *oesophagus, postburn oesophageal stricture, balloon dilatation.*