

УДК 616.325/.34-089.843-06-089.843

*В.В. Бойко, Е.А. Новиков, С.А. Савви, И.В. Сариян, В.Г. Грома***ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ  
СФОРМИРОВАННЫХ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

В основу данного исследования положен опыт лечения 19 больных, которые ранее были прооперированы в клинике по поводу рака желудка и пищевода. У данных пациентов развились осложнения в виде несостоятельности пищеводных анастомозов и рубцовой стриктуры пищевода. Больных с несостоятельностью пищеводно-желудочного анастомоза было 4, с несостоятельностью пищеводно-кишечного анастомоза – 5, с рубцовой стриктурой пищеводно-желудочного анастомоза было 6, рубцовой стриктурой пищеводно-кишечного анастомоза – 4. Всем больным было применено стентирование пищевода. Проведена оценка результатов использования указанного метода лечения.

**Ключевые слова:** гастрэктомия, субтотальная проксимальная резекция желудка, резекция пищевода, несостоятельность анастомоза, рубцовая стриктура анастомоза, стентирование пищевода.

Хирургия желудка до настоящего времени остается одним из самых трудных направлений в хирургии желудочно-кишечного тракта. Это обусловлено прежде всего высокой послеоперационной летальностью (по данным различных авторов послеоперационная летальность после гастрэктомии и резекции пищевода составляет от 3,3 до 26,1%) [5, 8]. Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов после операций по поводу рака желудка развивается у 6,3-32,0%, пищеводно-желудочных – у 2,2-5,91% больных [5, 8]. Стенозы анастомозов после гастрэктомии, проксимальной резекции желудка, резекции пищевода наблюдаются у 9-30% больных [7]. В последние годы ведется активный поиск эффективных малоинвазивных способов лечения стенозов анастомозов, так как при хирургическом методе лечения послеоперационных стриктур летальность достигает 25% [6]. Стремление найти более щадящие и безопасные, но вместе с тем эффективные методы лечения данной категории больных привело к разработке и внедрению в клиническую практику эндоскопических вмешательств, получивших в последние годы приоритет в решении этой проблемы [3, 6, 7]. Эндоскопические методы реканализации просвета рубцовых сужений пищеводных анастомозов – электро-, лазерная, аргоноплазменная коагуляция, бужирование или баллонная дилатация позволяют восстановить просвет в большинстве случаев, но эффект чаще всего бывает непродолжительным и обычно требуются повторные вмешательства [6, 7]. В связи с этим все

шире применяется эндоскопическое стентирование как один из наиболее безопасных, малоинвазивных и эффективных способов лечения. Следует отметить актуальность применения стентирования особенно при несостоятельности пищеводных анастомозов, что зачастую может спасти жизнь пациента при этом опасном осложнении [1, 2, 4, 9]. При этом используются саморасширяющиеся нитиноловые стенты с покрытием и антирефлюксным клапаном. Стенты с покрытием имеют антимиграционный механизм, состоят из нескольких сегментов и имеют более широкие концы, что предотвращает его смещение и миграцию. Антирефлюксный клапан прикреплен к внутренней поверхности стента и защищен от перегибания, предотвращает гастроэзофагеальный рефлюкс [9]. Большинство авторов утверждают, что имплантация саморасширяющихся нитиноловых стентов – безопасная и высокоэффективная манипуляция [1, 2, 4, 9].

**Цель исследования:** анализ результатов использования эндопротезирования (стентирования) в лечении осложнений пищеводных анастомозов, таких как несостоятельность анастомоза и рубцовая стриктура анастомоза.

**Материал и методы**

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМНУ» за период с 2006 по 2010 годы накоплен опыт по стентированию пищеводных анастомозов при развившихся осложнениях в виде несостоятельности анастомоза и

рубцовой стриктуры анастомоза. Саморасширяющиеся стенты были установлены 9 пациентам по поводу несостоятельности пищевода анастомоза, 10 – по поводу рубцового стеноза пищевода анастомоза. Среди пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов 5 была ранее произведена гастрэктомия по поводу рака желудка, 2 – резекция пищевода с пластикой пищевода по Льюису по поводу рака пищевода, 2 – субтотальная проксимальная резекция желудка по поводу рака кардиального отдела желудка. Среди пациентов с рубцовым стенозом пищевода анастомоза 4 была ранее произведена гастрэктомия по поводу рака желудка, 1 – субтотальная проксимальная резекция желудка по поводу рака кардиального отдела желудка, 3 – резекция пищевода с пластикой по Льюису по поводу рака пищевода, 2 – резекция пищевода с пластикой по Гарлоку-Сюиту по поводу рака пищевода.

Для эндопротезирования использовались стенты фирм M.I.Tech Co., Ltd, Korea: покрытые пищеводные HANAROSTENT с антирефлюксным клапаном – 17 и Boston Scientific Corp., USA: покрытые пищеводные Ultraflex – 2.

Стенты устанавливались под рентгенологическим контролем в режиме ангиографа. Перед процедурой больным проводилась премедикация в виде инъекций омнопона и атропина. Пациенты принимали водорастворимый контраст для визуализации свищевого хода в области несостоятельности анастомоза или для определения начала рубцовой стриктуры анастомоза и её протяженности. Ставились рентгенконтрастные накожные метки. Также производилось эндоскопическое исследование. Эндоскоп проводился до верхнего края рубцовой стриктуры анастомоза или до зоны свищевого отверстия. По биопсийному каналу вводился водорастворимый контраст. Устанавливались накожные рентгенконтрастные метки. Затем дистальнее анастомоза проводилась струна – направитель. Эндоскоп извлекался. После проведения доставочного устройства по струне под рентгенологическим контролем до необходимого уровня проводилось высвобождение стента. После окончательного раскрытия стента также выполнялся рентгенологический и эндоскопический контроль.

## *Результаты и обсуждение*

Успешная установка стента произведена в 100% случаев. Клинический эффект был достигнут у всех пациентов. Через несколько часов после стентирования больные могли принимать жидкость с последующим расширением диеты, согласно рекомендациям Университета Виргинии.

Больным с несостоятельностью пищеводных анастомозов в дальнейшем проводилось лечение местных осложнений: местный перитонит в результате затёков в зоне несостоятельности лечился путём проведения антибактериальной терапии и санационных промываний через установленные дренажи в брюшной полости. Лечение эмпиемы плевры в зоне затёков вследствие несостоятельности пищевода-желудочных анастомозов после резекции пищевода помимо антибактериальной терапии включало проточное дренирование плевральной полости с переходом на пункционный метод под контролем УЗИ и рентгеноскопии после постепенного отграничения воспалительного процесса.

Все пациенты с несостоятельностью пищеводных анастомозов были выписаны из стационара без признаков несостоятельности анастомозов в удовлетворительном состоянии.

У всех пациентов со стриктурами пищеводных анастомозов, которым был установлен стент, отмечены хорошие функциональные результаты. Через 3-5 суток после стентирования явления дисфагии полностью исчезали.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали 2 случая миграции стента: в одном случае – проксимальная, в другом случае – дистальная. В обоих случаях произведена репозиция стентов с хорошим результатом.

## *Выводы*

1. Стентирование пищевода саморасширяющимися стентами с покрытием и антирефлюксными клапанами является методом выбора при лечении пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов (эзофагогастро-, эзофагоэюноанастомозов) и позволяет избежать травматичных операций, особенно у ослабленных больных, а также позволяет спасти жизнь больным при этих грозных осложнениях.

2. При рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов, особенно при неуспешности

других методів лікування (бужирование, баллонная дилатация) стентирование также является очень эффективным малоинвазивным методом, позволяющим восстановить проходимость желудочно-кишечного тракта и улучшить качество жизни больным, а также является альтернативой травматичным операциям по коррекции стриктуры пищевода анастомоза.

#### ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ СФОРМОВАНИХ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ

*В.В. Бойко, Є.А. Новіков, С.О. Савві,  
І.В. Саріан, В.Г. Грома*

В основу даного дослідження покладено досвід лікування 19 хворих, які раніше були прооперовані в клініці з приводу раку шлунка та стравоходу. У даних пацієнтів розвинулися ускладнення у вигляді неспроможності стравохідних анастомозів і рубцевої стриктури стравохідного анастомозу. Хворих з неспроможністю стравохідно-шлункового анастомозу було 4, з неспроможністю стравохідно-кишкового анастомозу – 5, з рубцевою стриктурою стравохідно-шлункового анастомозу було 6, рубцевою стриктурою стравохідно-кишкового анастомозу – 4. Всім хворим було застосовано стентування стравохідного анастомозу. Проведена оцінка результатів використання зазначеного методу лікування.

**Ключові слова:** гастректомія, субтотальна проксимальна резекція шлунка, резекція стравоходу, неспроможність анастомозу, рубцевий стеноз анастомозу.

#### ENDOPROSTHESIS IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSIS

*V.V. Boyko, Y.A. Novikov, S.A. Savvy,  
I.V. Sarian, V.G. Groma*

This study based on the experience of treatment of 19 patients who previously were operated at the clinic for cancer of the stomach and esophagus. These patients

had such complications as esophageal anastomotic leakage and esophageal anastomotic stricture. There were 4 patients with esophagogastric anastomotic leakage, 5 patients with esophagointestinal anastomotic leakage, 6 patients with a stricture of esophagogastric anastomosis, 4 patients with a stricture of esophagointestinal anastomosis. All the patients were undergone stenting of esophageal anastomosis. The results of using this method of treatment were estimated.

**Key words:** gastrectomy, subtotal proximal resection of stomach, resection of the esophagus, postoperative complications, anastomotic leakage, anastomotic stricture, stenting of esophageal anastomosis.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза. / О.Е. Бобров, С.И. Киркилевский, В.И. Бучнев и др. // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – №1. – С.11-13.
2. Принципы лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии. / О.Е. Бобров, С.И. Киркилевский, В.И. Бучнев и др. // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – Т. 1 (9) – №5. – С. 18-20.
3. Галлингер Ю.И. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода / Ю.И. Галлингер, Э.А. Годжелло // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №5. – С. 33-39.
4. Ганул В.Л. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов. / В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский – Киев. 2003. – 200 с.
5. Давыдов М.И. Рак пищевода. / М.И. Давыдов, И.С. Стильди – М.2007. – 392 с.
6. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка / Ю.П. Кувшинов, Б.К. Поддубный, О.Н. Ефимов и др. // Современная онкология. – 2000. – Т. 2, №3. – С.72-78.
7. Хаджибаев А.М. Эндоскопическая электрокоагуляция в лечении рубцовых сужений пищеводных анастомозов / А.М. Хаджибаев, З.М. Низаходжаев, Л.П. Струцкий, Н.З. Мадрахимов // Тез. докл. – М., 1999. – С. 310-311.
8. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка. / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов. – М.: АСТ, 2004. – 336 с.
9. Radecke K. Impact of self – expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients / K. Radecke, G. Gerken, U. Treichel // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61, № 7. – P. 812-818.

Стаття надійшла 17.02.2011