

Комментарий к статье «Случай диагностики врожденного порока сердца в 58 лет»

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) составляет 30% всех случаев врожденных пороков сердца (ВПС) у взрослых. Клиническая картина порока зависит от величины и направления сброса, что определяется размером дефекта и относительной податливостью желудочков. Статья «Случай диагностики врожденного порока сердца в 58 лет», написанная В.Т. Андросовым и Д.В. Андросовым, посвящена этому пороку. Действительно, в настоящее время на практике нередко случаи выявления в зрелом возрасте врожденных пороков сердца. Аналогичный случай описан в статье Белокопытовой Н.В. и соавт. (НИИ кар-

диологии Томского научного центра СО РАМН) «Нераспознанный дефект межпредсердной перегородки у пациента зрелого возраста, осложнившийся тромбозом последнего» («Российский кардиологический журнал» №5, 2008).

Авторы нашей статьи представили интересный случай диагностики врожденного порока сердца в 58 лет. Они подробно описали анамнез жизни, заболевания, клинический осмотр, результаты обследования пациентки по хронологии. Она жаловалась на постоянную нехватку воздуха, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, слабость. Ей ставили диагноз: Хронический обструктивный бронхит. Диф-

фузный пневмосклероз. ИБС. Стенокардия напряжения. Более подробное обследование началось на основании аускультативных данных с 2005 г. Окончательно выставлен диагноз: ВПС. ДМПП. Расширение правых полостей сердца. СН I, 2 ФК. В 2006 г. проведена операция закрытия дефекта в НИИПК им. Е.Н. Мешалкина (г. Новосибирск). Радует тот факт, что все благополучно завершилось. У больной самочувствие хорошее, нет жалоб, работает в библиотеке.

Данная статья будет полезна клиницистам, особенно молодым врачам и студентам медицинского института.

Т.П. Старостина – врач кардиолог, к.м.н., зав. НОИ ИИО ЯНЦ КМП СО РАМН

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.329-089.844

Ю.В. Чикинев, И.Е. Судовых, Е.А. Дробязгин СТРУКТУРА РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗОВ ШЕЙНОГО ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗА

Проанализирована структура развития стенозов шейного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) после эзофагогастропластики (ЭГП) желудочной трубкой по поводу доброкачественных заболеваний пищевода с выделением критических сроков формирования стриктур, оценена эффективность эндоскопических вмешательств в зоне соустья. Выявлено, что пациенты после ЭГП нуждаются в ранней плановой диспансеризации для своевременного выявления и коррекции стриктуры анастомоза.

Ключевые слова: эзофагогастропластика, стриктура эзофагогастроанастомоза, эндоскопическая коррекция

To analyze cervical esophagogastric anastomosis strictures development pattern and critical periods after gastric tube esophagoplasty for benign esophageal diseases, to estimate endoscopic interventions efficacy at anastomosis. Patients after esophagogastric anastomosis need early follow-ups for timely anastomotic stricture detection and correction.

Key words: esophagogastric anastomosis stricture, endoscopic correction.

Введение. Одной из часто встречающихся патологий в структуре болезней искусственного пищевода является стеноз эзофагогастроанастомоза (ЭГА) [1, 2, 8]. Патогенез формирования стриктуры соустья сложен, дискуссионен и включает взаимодействие многих факторов [1, 2, 5, 10, 11]. Предупреждение развития стеноза ЭГА

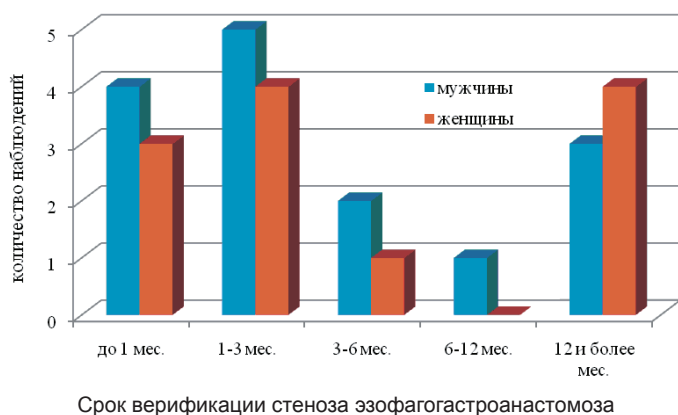
является важной, но еще не разрешенной проблемой. Являясь последствием оперативного лечения, направленного на восстановление возможности питания через рот, развитие стриктуры соустья ухудшает результаты эзофагогастропластики (ЭГП) и требует проведения дополнительных лечебных мероприятий. По данным различных авторов, частота формирования стеноза шейного ЭГА может достигать 60% и более [1, 2, 13]. Для восстановления проходимости анастомоза применяют методики его эндоскопического расширения, главным образом бужирование, баллонную дилатацию и стентирование [1, 3, 4, 7, 9, 12]. При неэффективности малоинвазивных мероприятий по коррекции проходимости анастомоза выполняют его хирургическую реконструкцию [1, 4, 6].

Цель исследования: проанализировать структуру развития стенозов

ЭГА после ЭГП по поводу доброкачественных заболеваний пищевода с выделением критических сроков формирования стриктур, оценить эффективность эндоскопических вмешательств в зоне суженного соустья.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 27 клинических случаев (13 женщин и 14 мужчин) развития стеноза шейного эзофагогастроанастомоза в группе из 68 взрослых пациентов (от 25 до 52 лет на момент верификации стриктуры соустья) после экстирпации пищевода и одномоментной трансхиатальной эзофагопластики желудочной трубкой по поводу доброкачественных поражений пищевода: ахалазии, рубцовой стриктуры пищевода после химического ожога (РСПХО), пептической стриктуры пищевода и пищевода Барретта. Срок послеоперационного наблюдения составил от 3 до 13 лет.

ЧИКИНЕВ Юрий Владимирович – д.м.н., проф., зав. кафедрой Новосибирского государственного медицинского университета, зав. отделением ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»; **СУДОВЫХ Ирина Евгеньевна** – к.м.н., врач эндоскопист ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», isudovykh@gmail.com; **ДРОБЯЗГИН Евгений Александрович** – к.м.н., врач эндоскопист ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», ассистент кафедры госпитальной хирургии НГМУ.



развился после частичной несостоятельности анастомоза (верифицирована при рентгеноскопии с пероральным приемом водорастворимого контраста), заживление которого происходило на фоне проведения консервативных мероприятий.

личия частоты первичного выявления стеноза ЭГА в указанные сроки после операционного периода достоверно отличаются в сравниваемых временных группах ($p < 0,05$), шанс развития стеноза шейного ЭГА в срок до 6 мес. после эзофагогастропластики в 5,6 раз выше, чем в более поздний период. При этом нет достоверных различий по частоте развития стеноза ЭГА в разные сроки после операции в зависимости от первичной патологии пищевода, послужившей показанием к ЭГП. Предполагаем, что развитие стеноза соустья в выявленные критические периоды (до 6 мес. и более 12 мес. после ЭГП) может различаться ведущими патогенетическими факторами и требовать разнонаправленных профилактических мероприятий, что нуждается в дальнейшем изучении на выборке большего размера.

Учитывались данные динамического клинического, рентгенологического, эндоскопического мониторинга, а также исходы эндоскопических внутрипросветных вмешательств в зоне эзофагогастроанастомоза (бужирование, баллонная дилатация).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы MedCalc (MedCalc Software, Бельгия). При оценке достоверности различий встречаемости оцениваемых признаков в сопоставляемых группах использовали критерии «Х²» К. Пирсона с поправкой на непрерывность Йетса (Chi-square test with Yates correction) и двусторонний точный F-критерий Фишера (2-sided Fisher's exact test). За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$ с учетом числа степеней свободы. При подтверждении достоверности различия анализируемых групп по изучаемому признаку вычисляли отношение шансов его развития в группах.

Результаты и обсуждение. В исследуемой когорте стеноз ЭГА развился у 27 из 68 пациентов, из них в 13 случаях из 34 (38%) - после ЭГП по поводу РСППХО, в 12 из 29 (41%) - после ЭГП при ахалазии кардии, в 2 из 5 (40%) - после ЭГП по поводу дистальной пептической стриктуры пищевода и пищевода Барретта. Таким образом, у пациентов, находящихся под нашим наблюдением, не отмечено достоверной разницы в частоте развития стеноза шейного ЭГА после выполнения ЭГП по поводу РСППХО или других поражений пищевода ($p > 0,05$). В целом в анализируемой группе пациентов стриктура ЭГА сформировалась у 39,7% пациентов. При этом в 4 случаях стеноз ЭГА

Отметим, что у 3 пациентов с диагностированной несостоятельностью соустья, заживление которого также протекало при консервативном лечении, стеноз ЭГА в последующем не развился. Степень несостоятельности шейного анастомоза по данным рентгенологического исследования во всех случаях была сопоставимой. Распределение случаев развития стенозов ЭГА и несостоятельности этих анастомозов с учетом пола и возраста пациентов в настоящем исследовании достоверно не отличалось.

С учетом обращения в стационар с жалобами на дисфагию и подтверждения наличия стеноза ЭГА данными эндоскопического и рентгенологического исследований пациенты распределены на 3 группы по времени, прошедшему с момента операции: I – развитие стеноза шейного анастомоза в срок до 6 мес. после ЭГП, II – от 6 до 12 мес., III – спустя 1 год и более (рисунок). Обнаружено, что 19 из 27 пациентов со стенозом ЭГА (70,4%) обратились в клинику с жалобами на дисфагию в первые 6 мес. после эзофагопластики, причем 16 из них (84,2%) – в первые 3 мес. Второй значимый подъем первичной обращаемости по поводу стеноза ЭГА отмечается на поздних сроках, спустя 1 год и более после ЭГП (25,9%). Раз-

При анализе развития стеноза ЭГА внутри каждой группы исходного заболевания пищевода оказалось, что у пациентов, оперированных по поводу РСППХО сужение соустья чаще развивалось в первые 6 мес. после ЭГП (83%), чем в более поздний период. В остальных группах преимущественного формирования стеноза в определенный срок не зафиксировано. Нельзя исключить, что раннее сужение соустья у пациентов после РСППХО может быть связано с определенной предрасположенностью к рубцеванию, например, исходным химическим поражением анастомозируемых тканей и незавершенным процессом склерогенеза в стенке пищевода.

Величина эзофагогастроанастомоза на момент первичной верификации его стеноза анализировалась по номеру стартового бужа Savary-Gilliard, использованного для эндоскопического расширения соустья: I группа – бужи до номера 20 (включительно), II группа – № 22-28 и III – бужи большего диаметра (табл.1). Статистически досто-

Таблица 1

Распределение пациентов со стенозом ЭГА по размеру стартового бужа Savary-Gilliard, чел.

Показание к ЭГП	Срок верификации стеноза ЭГА	Стартовый буж № ≤ 20	Стартовый буж № 22-28	Стартовый буж № ≥ 30	Всего пациентов
Ахалазия	До 6 мес. после ЭГП	1	4	2	7
	От 6 мес. до 1 года после ЭГП	-	-	1	1
	1 год и более после ЭГП	1	2	2	5
РСППХО	До 6 мес. после ЭГП	3	5	2	10
	От 6 мес. до 1 года после ЭГП	-	-	-	-
	1 год и более после ЭГП	-	-	2	2
Пищевод Барретта, пептическая стриктура	До 6 мес. после ЭГП	-	1	1	2
	От 6 мес. до 1 года после ЭГП	-	-	-	-
	1 год и более после ЭГП	-	-	-	-
Всего пациентов	-	5	12	10	27

Таблица 2

Распределение пациентов со стенозом ЭГА
по срокам и кратности курсов эндоскопической коррекции

Срок верификации стеноза ЭГА	Количество курсов инструментального расширения ЭГА (бужирование, дилатация)	Ахалазия (кол-во пациентов)	РСППХО (кол-во пациентов)	Пищевод Барретта, пептическая стриктура (кол-во пациентов)
До 6 мес. после ЭГП	1	3	3	-
	2 или 3	2	5	1
	4 и более	2	2	1
От 6 мес. до 1 года после ЭГП	1	1	-	-
	2 или 3	-	-	-
	4 и более	-	-	-
1 год и более после ЭГП	1	3	1	-

верной разницы при таком условном распределении по степени сужения анастомоза пациентов с различной первичной патологией пищевода, а также в зависимости от срока первичной верификации стеноза ЭГА (до 6 мес. и позднее) между этими группами не зарегистрировано ($p > 0,05$).

Анализ кратности курсов эндоскопического расширения ЭГА выявил, что одного курса бужирования для стойкого восстановления просвета анастомоза было достаточно у 11 пациентов (40,7%), 2-3 курса потребовалось 10 пациентам (37%), 4 и более курсов проведено 6 больным (22,2%). Таким образом, в 78% клинических случаев эффективность эндоскопической коррекции анастомоза достигается тремя и менее курсами вмешательств, что зарегистрировано достоверно чаще, чем потребность в большем количестве лечебных циклов. При этом оказалось, что у пациентов с исходной ахалазией кардии однократная госпитализация для эндоскопического лечения потребовалась в 7 наблюдениях (53,8%), после РСППХО- в 4 (33,3%) (табл.2). У ряда пациентов курсы бужирования сочетались и/или чередовались с баллонной гидродилатацией соустья (баллоны № 20, 25, 30). Достоверное различие нозологических групп пациентов при сопоставлении кратности курсов инструментального расширения анастомоза, сроку диагностирования стеноза, размеру стартового бужа в нашем наблюдении не прослеживается. Несомненно, для уточнения достоверности полученных данных необходимо продолжить курацию пациентов, увеличить размер группы пациентов и продолжительность их наблюдения.

Одному иногороднему пациенту после ЭГП по поводу РСППХО с последующим непрерывно-рецидивирующим течением стеноза ЭГА и

нестойким эффектом бужирования была выполнена хирургическая реконструкция соустья по месту жительства, что позволило добиться стойкого восстановления удовлетворительного просвета анастомоза. Во всех других наблюдениях удалось добиться купирования дисфагии и восстановления просвета ЭГА на шее, достаточного для комфортного перорального приема пищи, эндоскопически, бужированием и дилатацией. Таким образом, эффективность эндоскопических мероприятий по расширению стенозированного ЭГА составила 96%.

Выводы.

1. В развитии стриктур ЭГА после ЭГП по поводу доброкачественных поражений пищевода можно выделить 2 критических периода: I – до 6 мес. после хирургического формирования соустья, II – 1 год и более после операции. Неоднородность сроков формирования стенозов ЭГА может быть связана с разными ведущими патогенетическими механизмами.

2. Учитывая преимущественное развитие стриктур ЭГА в первые 6 мес. послеоперационного периода, следует кроме превентивных мер предоперационного планирования и совершенствования хирургической техники организовывать раннее плановое диспансерное наблюдение пациентов после ЭГП для своевременного выявления и коррекции сужений ЭГА.

3. В структуре стенозов ЭГА после ЭГП по поводу РСППХО первичная обращаемость в первые 6 мес. после операции достигает 83%. Разработка профилактических мер требует детального анализа предоперационных и хирургических факторов риска. Пациентов с РСППХО следует считать группой высокого риска раннего стеноза ЭГА.

4. Эндоскопические методы внутри-

просветного расширения ЭГА являются высокоэффективными лечебными мероприятиями и для большинства пациентов остаются единственным и окончательным корригирующим вмешательством при стенозе анастомоза. Возможно, раннее начало эндоскопической коррекции просвета соустья сможет уменьшить необходимую для его стойкого восстановления кратность и продолжительность курсов лечения.

Литература

1. Болезни искусственного пищевода / А.Ф. Черноусов [и др.]. - М.: Издательский дом Видар-М, 2008. - 673с.
2. Черноусов Ф.А. Стриктура шейного соустья после эзофагопластики / Ф.А. Черноусов, Д.В. Ручкин, А.В. Тавадов // Хирургия.-2008.- №12.- С.60-64.
3. Barthel J.S. Management of persistent gastroesophageal anastomotic strictures with removable self-expandable polyester silicon-covered (Polyflex) stents: an alternative to serial dilation / J.S. Barthel, S.T. Kelley, J.B. Klapman // Gastrointest. Endosc.- 2008.- 67(3).- P. 546-552.
4. Chang A.C., Orringer M.B. Management of the cervical esophagogastric anastomotic stricture / A.C. Chang, M.B. Orringer // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.- 2007.- 19(1).- P. 66-71.
5. The findings influencing restenosis in esophageal anastomotic stricture after endoscopic balloon dilation: restenosis in esophageal anastomotic stricture / W.C. Chung [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2009.- 19(4).- P. 293-297.
6. Surgical repair of refractory strictures of esophagogastric anastomoses caused by leakage following esophagectomy / Y. Kinoshita [et al.] // Dis. Esophagus.- 2009.- 22(5).- P. 427-433.
7. The use of self-expanding silicone stents in esophagectomy strictures: less cost and more efficiency / R.C. Martin [et al.] // Ann. Thorac. Surg.- 2008.- 86(2).- P. 436-440.
8. Rice T.W. Anastomotic stricture complicating esophagectomy / T.W. Rice // Thorac. Surg. Clin.- 2006.- 16(1).- P. 63-73.
9. Balloon dilatation of cervical anastomosis stricture after subtotal resection of the esophagus / Z. Szentkereszty [et al.] // Orv. Hetil.- 2006.- 147(50).- P. 2421-2423.
10. Incidence and risk factors predisposing anastomotic leak after transhiatal esophagectomy / A. Tabatabai [et al.] // Ann. Thorac. Med.- 2009.- 4(4).- P. 197-200.
11. Van Heijl M. Risk factors for development of benign cervical strictures after esophagectomy / M. Van Heijl, J.A. Gooszen, P. Fockens // Ann. Surg.- 2010.- 251(6).- P. 1064-1069.
12. Endoscopic treatment of benign anastomotic esophagogastric strictures with a biodegradable stent / Van J.E. Hooft [et al.] // Gastrointest. Endosc.- 2011.- 73(5).- P. 1043-1047.
13. Endoscopic and symptomatic assessment of anastomotic strictures following esophagectomy and cervical esophagogastric anastomosis / V.A. Williams [et al.] // Surg. Endosc.- 2008.- 22(6).- P. 1470-1476.