

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

¹М. А. Можейко (m.mazheika@gmail.by), ¹Н. И. Батвинков (batvinkov@yahoo.com),
¹А. А. Сушко (alekssuchko@mail.ru), ¹Э. В. Могилевец (emogilevec@yandex.ru),
²Ю. С. Кропа (y.kropa@mail.ru), ²А. О. Олейник (oleynik_a.@list.ru)
¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
²Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Беларусь

Введение. Травматические повреждения пищевода, а также деструктивные процессы его стенки, обусловленные неопухолевыми заболеваниями, приводят к быстрому развитию флегмоны шеи, медиастиниту, эмпиеме плевры, перитониту, которые сопровождаются высокой (до 20-85%) летальностью. Результаты данной патологии зависят от своевременной диагностики и раннего оперативного лечения.

Цель исследования – проанализировать собственные 30-летние данные лечения различных неопухолевых заболеваний пищевода, внедрить малоинвазивные вмешательства на пищеводе и улучшить результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике на лечении находился 881 пациент с различной неопухолевой патологией пищевода. Всем пациентам выполнялось общеклиническое обследование, а также по показаниям применялись специальные методы (УЗИ, КТ, МРТ, фиброэзофагогастроскопия, рентгенография пищевода).

Результаты. Оперированы 314 пациентов (35,6%). Умерли после операции 23 (7,6%). Наибольшая смертность наблюдалась после травмы пищевода (25,7%).

Заключение. Основным методом лечения постожоговых стриктур пищевода, а также кардиоспазма является бужирование и кардиодилатация. Малоинвазивные торакоскопические и лапароскопические вмешательства на пищеводе при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и дивертикулах пищевода, кардиоспазме являются малотравматичными и сокращают сроки лечения пациентов.

Ключевые слова: пищевод, медиастинит, эмпиема плевры, ГЭРБ.

DISEASES OF THE ESOPHAGUS OF NON-TUMOROUS GENESIS

¹M. A. Mozheiko, ¹N. I. Batvinkov, ¹A. A. Sushko, ¹E. V. Mogilevets, ²Y. S. Cropa,
²A. O. Oleinik
¹Educational Institution «Grodno State Medical University Grodno», Grodno, Belarus
²Healthcare Institution «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

Background. The destructive processes of the esophageal wall are accompanied by the rapid development of the phlegmon of the neck, mediastinitis, empyema of the pleura, peritonitis and lead to a high lethality up to 20-85%. The results of treatment of this pathology depend on early diagnosis and early surgical treatment.

Objective. To analyze own 30-year data of treatment of various non-tumorous diseases of the esophagus, to introduce minimally invasive procedures on the esophagus and to improve the results of treatment.

Materials and methods. In the clinic 881 patients with various non-tumorous pathology of the esophagus were treated. All the patients underwent general clinical examination, as well as special examinations (ultrasound, CT, MRI, fibro-esophagogastroscopy, X-ray of the esophagus).

Results. 314 patients (35,6%) were operated. 23 patients died. Postoperative mortality was 7,6%. The highest mortality was observed after esophagus injury (25,7%).

Conclusion. The main method of treatment of poststygial strictures of the esophagus, as well as cardiospasm is bouginage and cardiodilatation. Minimally invasive thoracoscopic and laparoscopic interventions on the esophagus with GEB and diverticulum of the esophagus, cardiopathy are low-traumatic and shorten the period of treatment of patients.

Keywords: esophagus, mediastinitis, pleural empyema, GEB.

Введение

Неопухолевые заболевания пищевода составляют 89-92% от всей его патологии [1]. Учитывая анатомическое расположение пищевода, деструктивные процессы его стенки приводят к быстрому распространению инфекции на паразофагеальную клетчатку с последующим развитием флегмоны шеи, медиастинита, плеврита, перитонита с последующей, до 20-85%, летальностью [2, 3]. Высокая летальность чаще всего

обусловлена поздней диагностикой заболевания, и она удваивается с удвоением времени с момента травмы. Если операция произведена до 6 часов с момента времени после повреждения пищевода, летальность составляет 12-14,5%, через 12 часов – 24-28%, через сутки – 48-56% [3]. Относительно ушивания места дефекта пищевода существуют разные мнения. Одни авторы считают, что успех может быть достигнут в течение 2-6 часов после травмы, другие – в те

чение 12-18 часов с момента травмы, а третьи перфорационное отверстие ушивают независимо от сроков операции [4, 5].

Химические ожоги пищевода требуют длительного, иногда до 3-4 лет, лечения [6]. Несмотря на широкий арсенал лечебных мероприятий, направленных на профилактику постожоговых стриктур пищевода, последние развиваются у 73-77% пострадавших [6].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) считается одной из самых распространенных заболеваний пищеварительной системы [7, 8] и нередко сопровождается изъязвлением пищевода, кровотечением, эзофагитом Баррета, рубцовой стриктурой нижней трети пищевода. Одна из основных причин ГЭРБ – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Цель исследования – проанализировать и обобщить собственный (30-летний) опыт лечения пациентов с различной неопухоловой патологией пищевода, улучшить результаты лечения осложнений, возникающих при химических ожогах, травмах пищевода.

Материалы и методы

С открытием в 1985 г. торакального отделения в Гродненской областной клинической больнице все пациенты с неопухоловой патологией пищевода направляются в данное специализированное отделение. За этот период на лечении находились пациенты (881) с различной патологией пищевода. Из них 574 (65,1%) – мужчины и 307 (34,9%) – женщины. Всем пациентам производилось общеклиническое обследование, а также при необходимости применялись специальные методы: УЗИ, КТ, МРТ, фиброэзофагогастроскопия, рентгенография пищевода с водорастворимым контрастом. Характер патологии пищевода представлен в таблице 1.

Таблица 1. – Характер патологии пищевода и исход лечения

Названия заболевания	Выздоровели	Умерли
Химические ожоги пищевода	450	11
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	273	-
Ахалазия кардии	71	2
Дивертикулы пищевода	36	1
Травма пищевода	22	5
Синдром Бурхаве	4	4
Всего	858	23

Результаты и обсуждение

У 350 пациентов химический ожог пищевода вызван приемом неорганических или органических кислот, 76 – приемом щелочей и 35 – других

коррозивных жидкостей. У 392 пациентов диагностировано изолированное поражение пищевода, ожог пищевода и желудка имел место у 69. В 5-ти случаях при комбинированном ожоге пищевода и желудка имел место синдром Эйзельсберга, сопровождающийся значительным растяжением желудка из-за нарушения эвакуации его содержимого как в абсорбальном, так и оральном направлении из-за рубцового стеноза выходного отдела желудка и стриктуры пищевода. Два пациента поступили с перфорацией пищевода и 9 – с перфорацией желудка, им выполнены срочные оперативные вмешательства (представлены в табл. 2). Пациентам, поступившим в клинику в ранние сроки (7-12 дней) после химического ожога пищевода, назначались противовоспалительная терапия, кортикостероиды, антибиотики, раннее бужирование. Несмотря на проводимую терапию, у 337 (73,1%) пациентов в последующем сформировались стриктуры пищевода. По срочным показаниям оперированы 16 пациентов, в плановом порядке по поводу суб- и декомпенсированных стенозов пилороантрального отдела желудка – 18 пациентов. Четырём пациентам с тотальной стриктурой пищевода выполнена тонкокишечная (3) и толстокишечная (1) пластика пищевода. Показания, объем и исход операций при химических ожогах пищевода отражены в таблице 2.

Таблица 2. – Показания, объем и исход операций при химических ожогах пищевода

Показания к операции	Вид операции	К-во	Умерли
Перфорация пищевода	Экстирпация пищевода	2	1
Перфорация желудка	Резекция желудка	3	2
	Ушивание желудка	6	3
Синдром Эйзельсберга	Гастроэнтеноанастомоз + гастростома	5	-
Суб- и декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	Резекция желудка	7	1
	Гастроэнтеноанастомоз	11	-
Тотальная стриктура пищевода	Тонкокишечная пластика пищевода	3	-
	Толстокишечная пластика пищевода	1	-
Протяженная высокая стриктура пищевода	Гастростома	62	2
Перфорация пищевода в нижней трети после бужирования	Ушивание места разрыва пищевода	4	2
Всего		104	11

283 пациентам, поступившим в клинику с симптомами дисфагии I–III степени и рентгенологической картиной кольцевидных и трубчатых стенозов в средней и нижней трети пищевода, выполняли бужирование «вслепую». При невозможности такого бужирования накладывалась гастростома (62) для бужирования «без конца». Данными способами удалось разбуживать пищевод до 32–40 номера бужа. Поддерживающее бужирование продолжали в течение года при повторных поступлениях пациентов в клинику. Перфорация пищевода при слепом бужировании имела место у 5 пациентов, при этом на уровне грушевидного синуса (1), и на уровне нижней трети пищевода (4). Последние срочно оперированы, им выполнено ушивание места разрыва с дренированием средостения. Два пациента умерли от прогрессирующего гнойного медиастинита. 78 пациентам с ожогами пищевода I степени бужирование не потребовалось, им проводилась консервативная, противовоспалительная терапия.

С гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на лечении находились 273 пациента, женщин было 169, мужчин – 104. Из них 134 оперированы. Показанием к хирургическому лечению у 39 пациентов был стойкий рефлюкс-эзофагит при неэффективности консервативного лечения. В 86 случаях ГЭРБ сочеталась с аксиальной грыжей II–III степени и у 9 – с параэзофагеальной грыжей. Основной операцией являлась задняя крурорафия с эзофагофундопликацией по Ниссену (121) и по Дору (5). В 8 случаях стандартная операция дополнена пластикой пищевода отверстия диафрагмы сетчатым трансплантатом. Лапароскопическим методом оперированы 115 пациентов, лапаротомным – 19. Интраоперационные осложнения при лапароскопических операциях наблюдались в 3 случаях в виде вскрытия плевральной полости с развитием карбокситоракса. Рецидив грыжи пищевода отверстия диафрагмы выявлен в 5 случаях. При анализе результатов лечения от 1 до 3 лет подавляющее большинство пациентов (95%) отказались от приема специальных медикаментозных средств лечения рефлюкс-эзофагита. Длительность лечения после лапароскопического лечения ГЭРБ составила $5,4 \pm 0,2$ койка дня, после открытых методов – $9,2 \pm 2,2$ дня.

С ахалазией кардии в клинике лечились 75 пациентов, женщин было 49, мужчин – 26. Основным методом лечения данной патологии при I–III стадии являлась кардиодилатация жестким или баллонным кардиодилататором. Выполнялось 3–6 сеансов кардиодилатации. Рецидив заболевания через 2–14 лет возник у 8 пациентов, потребовавших повторных процедур. 12 пациентам с кардиоспазмом III–IV степени выполнена операция Геллера, у 6 из них лапароскопическим методом, 2 – проксимальная резек-

ция желудка. Умерли 2 пациента. Один – после проксимальной резекции желудка, в результате несостоятельности эзофагогастроанастомоза, один – в результате разрыва пищевода жестким кардиодилататором. Пациенту (79 лет) после травмы пищевода кардиодилататором выполнено ушивание места разрыва пищевода с эзофагофундопликацией по Ниссену. Пациент умер на пятые сутки после операции от обширного инфаркта миокарда.

С травмой пищевода в клинике находились 35 пациентов. Среди них 23 – мужчины и 12 – женщины. Средний возраст – 18–74 года. Характер травм пищевода отражен в таблице 3.

Таблица 3. – Характер травм пищевода

Причины травм пищевода	К-во случаев	Оперированы	Умерли
Инородные тела пищевода	13	9	2
Синдром Бурхаве	8	7	4
Бужирование пищевода	5	4	2
Фиброгастроскопия	4	4	-
Кардиодилатация	2	2	1
Интубация трахеи	1	1	-
Зондирование пищевода	1	1	-
Эндоскопическое удаление полипа пищевода	1	1	-
Всего	35	29	9

Общая летальность после травм пищевода составила 25,7%, послеоперационная – 31%. По уровню повреждения пищевода травма шейного отдела имела место у 6, в грудном отделе – у 22, в абдоминальном отделе – у 7 пациентов.

Проникающее повреждение через все слоистые стенки пищевода диагностировано у 29 пациентов, непроникающее – у 6.

Через 2–4 часа после травмы пищевода оперированы 5 пациентов, через 4–6 часов – 8, через 6–8 часов – 10, через 24 часа – 4 и свыше 24 часов – 2.

Инородные тела, повреждающие пищевод, были разнообразны: сливовая косточка, острая яблочная створка, рыбы, куриные косточки, мясной завал, зубной протез. В 2-х случаях грудной отдел пищевода повреждали пациенты, проталкивая мясной завал проволокой. В одном случае рыба кость перфорировала пищевод, прошла через медиастинальную плевру и застряла в 1-м сегменте правого легкого с образованием абсцесса. Пациент оперирован с благоприятным исходом. Основным симптомом травмы пищевода являлась боль по ходу пищевода, усиливающаяся при глотании, дисфагия, эмфизема шеи

с последующей высокой температурой тела в связи с флегмоной параэзофагеальной клетчатки. Нередко боль в грудной клетке за грудиной, в позвоночник ассоциировалась с сердечной и легочной патологией. В наших наблюдениях пациенты с синдромом Бурхаве (4), с травмой пищевода после эзофагоскопии (2) находились на лечении в терапевтических стационарах в течение 24-72 часов. При травме шейного отдела пищевода в течение 12-72 часов пациенты лечились у ЛОР-врачей, и только после появления признаков флегмоны клетчаточных пространств шеи направлялись в специализированное отделение, где при МРТ-исследовании диагностировано наличие задневерхнего медиастинита. Пациентам шейным доступом санировалась флегмона шеи со вскрытием и дренированием задневерхнего средостения. Все пациенты данной группы выздоровели.

4 пациента в возрасте 74-78 лет поступили в клинику после повреждения пищевода инородными телами с тотальным гнойным медиастинитом. Всем выполнены торакотомия, медиастинотомия с постоянным промыванием средостения и активной аспирацией. Двоим пациентам наложена эзофагостома и гастростома, двоим для кормления установлен назогастральный зонд. Два пациента из этой группы умерли от гнойных осложнений.

При непроникающих ранениях пищевода (3 случая), а также при инструментальных разрывах, имеющих короткий (1,0-1,5 см) ложный ход (1), диагностированный рентгенологическим приемом водорастворимого контраста, применялась консервативная терапия с постановкой назогастрального зонда, антибиотикотерапия с постоянным клиническим рентгенологическим контролем. Все пациенты данной группы выздоровели.

Основным методом лечения проникающих ранений пищевода являлось ушивание места повреждения (23 случая). Успех операции зависел от сроков с момента повреждения. Несостоятельность швов имела место у 8 (34,4%) оперированных пациентов.

При несостоятельности швов пищевода (8), а также при поздних операциях (24 часа и более) на фоне имеющегося тотального медиастинита и эмпиемы плевры (6) применяли Т-образный дренаж места повреждения пищевода с зондовым кормлением в течение 2-2,5 недель. Данным способом удалось добиться выздоровления 2 пациентов с синдромом Бурхаве и 4 пациентов с несостоятельностью швов пищевода. Один пациент с синдромом Бурхаве не оперирован, умер от сердечно-легочной недостаточности. Два пациента с ятрогенными повреждениями абдоминального отдела пищевода после ФГДС оперированы через 12-24 часа со сформированным ограниченным околопищеводным абсцессом.

Им выполнена резекция нижней трети пищевода из торакоабдоминального доступа с наложением гастроэзофагоанастомоза «конец в бок» с благоприятным исходом. Один пациент с аналогичной травмой оперирован в первые 2 часа. Произведено лапароскопическое ушивание разрыва пищевода с эзофагофундопликацией по Дору. Пациент выздоровел.

У 26 пациентов диагностированы дивертикулы Ценкера, у 7 - бифуркационные, у 4 - эпифренальные. Пациенты оперированы во II-ю стадию заболевания с наличием клинических проявлений дивертикулита, дисфагии, симптомов кахосмии. Рентгенологически дивертикулы имели разную форму в виде мешка, булавой диаметром от 5 до 9 см с задержкой бария в полости дивертикула до 30-70 минут. Бифуркационные дивертикулы проявлялись болями за грудиной, дисфагией, регургитацией пищи. Эпифренальный дивертикул у одного пациента сопровождался упорной икотой, у 3 наблюдались боли в области сердца, перебои в работе сердца. Один пациент, 76 лет, с огромным дивертикулом Ценкера до 15 см в диаметре поступил в истощенном состоянии в результате дисфагии III степени. Умер на этапе подготовки к операции от абсцедирующей 2-сторонней пневмонии.

Ценкеревские дивертикулы (26) удалялись из шейного доступа. Бифуркационные и эпифренальные из торакотомного доступа (5) и с помощью видеоассистированной торакоскопии (5). Одному пациенту (68 лет) удален эпифренальный дивертикул видеолапароскопическим методом. На 5-е сутки развилась микронесостоятельность линии аппаратного шва с развитием нижнего медиастинита. Торакоскопическим методом произведено дренирование средостения с постоянным промыванием и активной аспирацией с постановкой назогастрального зонда для энтерального питания. Явления медиастинита были купированы. В последующем сформировалась ограниченная эмпиема плевры с наличием пищеводноплеврального свища, который самостоятельно закрылся через 32 дня. При контрольном рентгенологическом исследовании пищевод проходим, затека контраста за пределы пищевода не выявлено.

Выводы

1. Основным методом лечения постожоговых стриктур пищевода, а также ахалазия является бужирование и кардиодилатация.
2. Результат лечения повреждений пищевода зависит от своевременной диагностики и раннего оперативного лечения.
3. Малоинвазивные видеоторакоскопические и видеолапароскопические вмешательства при ГЭРБ, дивертикулах пищевода и кардиоспазме являются малотравматичными и значительно

сокращают сроки лечения пациента.

4. При травме нижней трети пищевода с переходом на абдоминальный отдел оправдана резекция поврежденного пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза.

5. При поздних оперативных вмешательствах

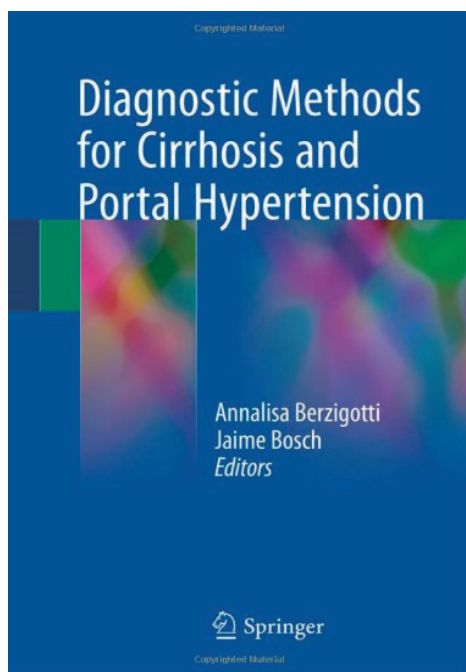
по поводу проникающих ранений пищевода, а также несостоятельности швов с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры применяем Т-образный дренаж места разрыва пищевода с постановкой назогастрального зонда и дренированием средостения и гемиторакса.

References

1. Tamilevichjute DI, VitenasAM. Bolezni pishhevoda i kardii. 2nd ed. Moscow: Meditsina; 1986. 223 p. (Russian).
2. Chissov VI. Ushivanie i ukreplenie shvov stenki pishhevoda pri ee povrezhdenijah i svishhah v ostroj stadii [Suturing and Strengthening the Sutures of the Oesophagus Wall in Its Injuries and Fistulae in an Acute Stage]. *Khirurgiya. Zhurnal imeni NI Pirogova* [Journal Surgery named after NI Pirogov]. 1976;52(10):12-18. (Russian).
3. Komarov BD, Kanshin NN, Abakumov MM. Povrezhdenija pishhevoda. Moscow: Meditsina; 1981. 143 p. (Russian).
Ignatjuk AN, Karpickij AS, Panko SV, Boufalik RI, Zhurbenko GA, Vakulich DS. 15-letnij opyt lechenija povrezhdenij pishhevoda. In: Kondratenko GG, Garelik PV, Zavada NV, Zareckij SV, Protasevich AI, Rychagov GP, Tatur AA, Shamodi TP, eds. *Aktualnye voprosy neotloznoj hirurgii*. Materialy plenuma hirurov Respubliki Belarus i Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii; 2016 November 3-4; Molodechno. Minsk; 2016. p. 311-313. (Russian).
4. Mozheyko MA, Batvinkov NI, Sushko AA, Mahiliavets EV. Lechenie travmaticheskikh povrezhdenij pishhevoda [Treatment of traumatic esophageal injury]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta* [Journal of the Grodno State Medical University]. 2013;2(42):28-31. (Russian).
5. Vancjan JeN, Toshhakov RA. Lechenie ozhogov i rubcovykh suzhenij pishhevoda. Moscow: Meditsina; 1971. 260 p. (Russian).
6. Stebunov SS. Laparoskopicheskaja fundoplikacija po Nissenu v lechenii gastroezofagealnoj refljuksnoj bolezni. In: Kondratenko GG, Garelik PV, Zavada NV, Zareckij SV, Protasevich AI, Rychagov GP, Tatur AA, Shamodi TP, eds. *Aktualnye voprosy neotloznoj hirurgii*. Materialy plenuma hirurov Respubliki Belarus i Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii; 2016 November 3-4; Molodechno. Minsk; 2016. p. 469-471. (Russian).
7. Ivashkin VT, Truhmanov AS. Bolezni pishhevoda: patologicheskaja fiziologija, klinika, diagnostika, lechenie. Moscow: Triada-H; 2000. 178 p. (Russian).

Поступила: 28.02.2018

Принята к печати: 15.03.2018



Diagnostic methods for cirrhosis and portal hypertension / ed. : A. Berzigotti, J. Bosch. – New York : Springer, 2018. – 341 p. – ISBN 978-3319726274.

This book provides a unique up-to-date and comprehensive overview of the most important diagnostic methods available for assessing liver cirrhosis and portal hypertension.

The book covers all the significant advances made in the last 10 years in HVPG and biopsy interpretation, imaging and elastography. This is a unique and well structured book authored by senior experts in the field aimed at providing updated knowledge to the hepatology specialist and to the physicians interested in chronic liver disease.

The book starts by giving an overview of the disease, outlining the clinical needs in this field; this is followed by detailed information both on the invasive gold-standard methods (HVPG measurement, liver biopsy, endoscopy), and on the standard and emerging non-invasive methods, including serum markers of fibrosis, ultrasound-elastography, magnetic resonance elastography, ultrasound, contrast-enhanced ultrasound, CT, magnetic resonance and derived methods (dynamic flow assessment).

The final part of the book is devoted to diagnostic tests in non-cirrhotic causes of portal hypertension (Budd-Chiari Syndrome, Portal vein thrombosis, idiopathic portal hypertension, etc), and in pediatric portal hypertension.

Written by a team of worldwide opinion leaders this book pays special attention to the most promising novel non-invasive methods in the field.