

УДК 617-89.844

СЛУЧАЙ МИГРАЦИИ ПОКРЫТОГО ПИЩЕВОДНОГО СТЕНТА В ПОДВЗДОШНУЮ КИШКУ

Климашевич А.В., Никольский В.И., Богонина О.В., Антонов В.В.

ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет»,
Пенза, e-mail: cnit@pnzgu.ru

Наиболее частой патологией пищевода остаются рубцовые стриктуры. Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода остается актуальной. В 2007–2010 г. в Пензенской областной клинической больнице внедрена методика временного стентирования пищевода нитиноловыми протезами у 16 пациентов с постоянно рецидивирующей стриктурой пищевода. Одно из серьезных осложнений стентирования пищевода при доброкачественных послеожоговых стриктурах – это миграция протеза в дистальные отделы пищеварительного тракта. У одного больного произошла миграция стента в подвздошную кишку, что потребовало выполнения ряда сложных оперативных вмешательств. Использование визуальной фиксации стента к ушной раковине пациента за нить, выведенную через носовую хоану, позволяет контролировать явление миграции, тем самым снизить риск осложнений и непредсказуемых негативных последствий. Считаем принципиальным использовать для временного стентирования пищевода только полностью покрытые, цельно плетеные конструкции, с обязательной внешней фиксацией. Срок экспозиции стента не более 2 месяцев, либо его, извлечение по необходимости.

Ключевые слова: пищевод, стриктура, стент

THE PHENOMENON OF MIGRATION OF THE ESOPHAGEAL FULLY COATED STENT IN THE ILEUM

Klimashevich A.V., Nikolski V.I., Bogonina O.V., Antonov V.V.

Medical Institute of Penza State University, Penza, e-mail: cnit@pnzgu.ru

The most frequent pathology of the esophagus is postburn cicatricial stricture. The problem of choice of tactics and a method of treating of cicatricial strictures of the esophagus remains relevant. The method of temporary stenting by nitinol stents was performed in 16 patients with permanent recurrent postburn strictures of the esophagus during the period from 2007 to 2010 in Penza Regional Hospital. One of the serious complication of stenting in benign postburns strictures is a migration of the stent in the distal parts of the digestive tract. A migration of the stent in the ileum was observed in 1 patients after stenting. The difficult operative interventions were executed to this patient. The use of visual fixation of the stent to the patient's ear to the cord, derived through the nasal Hwang, allows you to control the phenomenon of migration, thus reducing the risk of complications and unforeseen negative consequences. We believe that the principle should be used for this manipulation only fully coated, whole braided design with mandatory external fixation. The term exposure of stent is not more than 2 months, or if it is required to extract.

Keywords: esophagus, stricture, the stent

В связи с появлением все большего количества агрессивных химических жидкостей, как в быту, так и на предприятиях, остается актуальной проблема лечения больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода [4].

В нашей клинике сосредоточен полувековой опыт лечения больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Отработана методика как ортоградного, так и ретроградного форсированного бужирования по ните и струне направителю. Начиная с девяностых годов двадцатого века, внедрена методика временного стентирования пищевода, позволяющая достигать хороших и удовлетворительных результатов в лечении пациентов с доброкачественными стриктурами. В своем арсенале использовали как полимерные стенты самодельных конструкций, так и недавно появившиеся покрытые нитиноловые стенты с памятью формы, предназначенные для восстановления проходимости как при доброкачественных, так и при злокачествен-

ных стриктурах. С 2007 по 2010 год нами установлено 16 нитиноловых стентов. Хотим поделиться клиническим наблюдением осложнения стентирования в результате миграции нитиноловой конструкции.

Больной К., 53 года поступил в экстренном порядке с жалобами на боль в правой подвздошной области, слабость, повышение температуры до фебрильных цифр. В июле 2007 года по неосторожности употребил прижигающую жидкость (уксусную кислоту). Госпитализирован в отделение токсикологии, где проведена дезинтоксикационная терапия, раннее мягкое профилактическое бужирование. Спустя месяц после полученной травмы стал отмечать затруднение прохождения пищи – не проходила полужидкая пища. Обследован – выполнена фиброгастроудоденоскопия, рентгеноскопия с пассажем бария. Диагностирована протяженная стриктура средней и нижней 1/3 пищевода. Госпитализирован в стационар, где выполнено ортоградное форсированное бужирование до максимального размера бужа (№ 40).

В процессе дальнейшего наблюдения больной стал отмечать частые рецидивы заболевания, что требовало проведения поддерживающих курсов бужирования с периодичностью 1 раз в месяц. Во время одной из манипуляций произошла краевая перфорация пищевода, в связи с чем пациент оперирован в экстренном порядке. Выполнена торакотомия, ушивание дефекта пищевода. Наложена гастростома. После стабилизации состояния больной К. выписан домой на реабилитацию.

Пациент обратился в клинику через 3 месяца для восстановления проходимости пищевода. С помощью ретроградной гастрозофаскопии через сформированную гастростому заведен проводник за место стриктуры в пищеводе и выведен через рот. Выполнено ретроградное форсированное бужирование первоначально пучками нитей, затем эластическими бужами.

В процессе дальнейшего наблюдения вновь отмечались частые рецидивы стриктуры (за 6 месяцев, с целью выполнения бужирования, больной госпитализирован 8 раз).

30 сентября 2008 года под рентгенологическим контролем и фиброгастроскопии установлен покрытый нитиноловый стент в зону стриктуры. В ближайшем послеоперационном периоде у пациента отмечалась боль в месте установленного стента, тошнота, позывы на рвоту. Последние купировались самостоятельно в течение 2 суток. Пассажи пищи по желудочно-кишечному тракту восстановился. Больной стал принимать твердую пищу, хлеб.

Ухудшение состояния проявилось 9 ноября 2008 года, когда появилась боль в правой подвздошной области, слабость, повышение температуры. Обратился за медицинской помощью. Объективно состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Живот не вздут, правая его половина отстает в акте дыхания, при пальпации мягкий, резко болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы раздражения брюшины. По данным обзорной рентгенографии стент визуализирован в проекции дистального отдела подвздошной кишки (рис. 1).

В экстренном порядке больной оперирован. Интраоперационно обнаружено, что инородное тело мигрировало из пищевода в подвздошную кишку, минуя желудок, все изгибы двенадцатиперстной кишки, тощую кишку и остановилось в 30 см от илеоцекального угла, вызвав пролежень кишки как в месте нахождения дистального, так и проксимального отдела стента (рис. 2, 3).

Пролежни кишки были ограничены рыхлым инфильтратом, образованным са-

мой кишкой, передней брюшной стенкой и прядью большого сальника. Патологического выпота в свободной брюшной полости не было. Выполнена резекция участка подвздошной кишки со стентом. Сформирован межкишечный анастомоз конец в конец. В послеоперационном периоде пассаж пищи по желудочно-кишечному тракту восстановился. Отмечено нагноение послеоперационной раны, в связи с чем сняты кожные швы. Выполнялись ежедневные санации. На фоне резкого повышения внутрибрюшного давления (интенсивный кашель курильщика) на 6 сутки послеоперационного периода в месте нагноившейся раны открылся высокий несформированный неполный тонкокишечный свищ (раствор метиленового синего, принятый через рот, появлялся в ране через 15 минут). Наложена активная аспирация с целью уменьшения мацерации кожи и формирования трубчатого свища (рис. 4).



Рис. 1. Обзорная рентгенография брюшной полости

В процессе проводимого лечения нарастали явления водно-электролитных нарушений, в связи с чем 19 декабря больной оперирован повторно с целью предотвращения дальнейших белковых, электролитных потерь и восстановления целостности желудочно-кишечного тракта. Воспалительный процесс в брюшной полости минимальный. Источником кишечного свища является петля тонкой кишки, подпаянная к срединной ране на передней брюшной стенке. При де-

тальной ревизии выявлено, что свищ расположен в одном метре от связки Трейца. Анастомоз на подвздошной кишке состоятелен. Выполнена резекция участка тонкой кишки со свищем и сформирован межкишечный анастомоз конец в конец. Наложены про-

визорные швы на срединную рану передней брюшной стенки. В последующем раны передней брюшной стенки зажили вторичным натяжением. Выписан на амбулаторное лечение к хирургу по месту жительства. Рецидива стриктуры не отмечается.

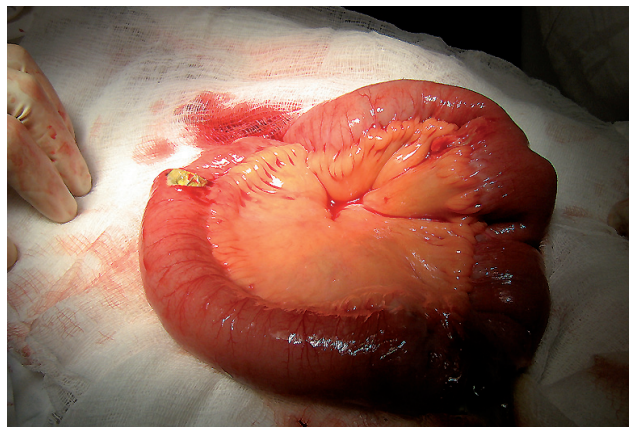


Рис. 2. Пролежни подвздошной кишки, вызванные нитиновым стентом

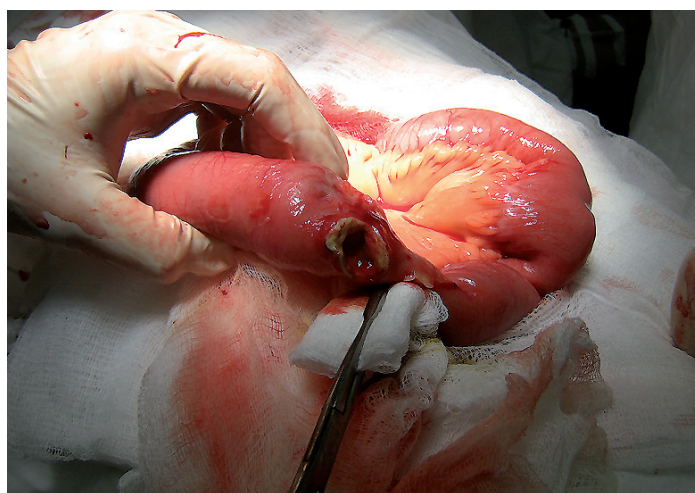


Рис. 3. Пролежень кишки проксимальным концом нитинолового стента



Рис. 4. Активная аспирация кишечного содержимого (кожа ограничена пенополиуретановой пеной)

Следует признать, что в данном случае, используя метод временного стентирования доброкачественной постожоговой рубцовой стриктуры пищевода, мы получили серьезное осложнение, потребовавшее выполнения ряда сложных оперативных вмешательств, однако достигнута основная цель лечения – восстановлена проходимость пищевода.

Несмотря на конструктивные особенности стента, предполагающие его нахождение в месте стриктуры за счет фиксации в супрастенотическом расширении, произошла его миграция в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта спустя 40 суток с момента установления.

С целью контроля за смещением стента при доброкачественных стриктурах необходима его фиксация извне (используем нить, выведенную через носовую хоану и фиксированную к уху).

По нашему мнению, не следует полностью отвергать методику временного стентирования пищевода нитиноловыми стентами. Необходимо исключить все возможные негативные последствия стентирования [2, 3]. Учитывая литературные данные [4, 5] и собственный опыт, считаем целесообразным использовать нитиноловые конструкции цельноплетеного строения, полностью покрытые, с обязательной фиксацией извне (с целью осуществления контроля за местонахождением стента), продолжительность экспозиции стента не более 2 месяцев (за этот промежуток времени удастся добиться полной реканализации стриктуры) [4, 5].

Список литературы

1. Баландина И.А., Шилова Ф.А., Сапегина Ф.З. Особенности процесса репарации пищевода после баллонной

дилатации, выполненной в разные сроки с момента химического ожога в эксперименте // Морфология и патология. – 2007. – №1. – С. 14–19.

2. Королев М.П., Федотов Л.Е., Смирнов А.А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169. – №1. – С. 58–64.

3. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф.А. Черноусов, Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева, А.Л. Шестаков // XI съезд хирургов Российской Федерации: материалы съезда. – Волгоград, 2011. – С. 388–389.

4. Lee S.H. Значение эзофагеального стентирования в консервативном лечении стриктур пищевода // The British journal of Radiology. – 2001. – № 74. – С. 891–900.

5. Song H.Y., Jung H.Y., Park S.I., Kim S.B., Lee S.H., Kang S.G., et al. Covered retrievable expandable Nitinol stents in patients with benign esophageal strictures: initial experience // Radiology. – 2000. – № 217. – P. 551–557.

References

1. Balandina I.A., Shilova F.A., Sapagina F.Z. Morphology and pathology, 2007, no. 1, pp. 14–19.

2. Korolev M.P., Fedotov L.E., Smirnov A.A. Messenger of surgery of a name I.I. Grekova, 2010, vol. 169, no. 1, pp. 58–64.

3. Chernousov F.A., Godzhello E.A., Khrustaleva M.V., Shestakov A.L. XI congress of surgeons of the Russian Federation: congress materials, Volgograd, 2011, pp. 388–389.

4. Lee S.H. The British journal of Radiology, 2001, no. 74, pp. 891–900.

5. Song H.Y., Jung H.Y., Park S.I., Kim S.B., Lee S.H., Kang S.G., et al. Radiology, 2000, no. 217, pp. 551–557.

Рецензенты:

Ивачев А.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии Пензенского института усовершенствования врачей (Минобрнауки России), г. Пенза;

Митрошин А.Н., д.м.н., профессор, директор медицинского института Пензенского государственного университета (Минобрнауки России), г. Пенза.

Работа поступила в редакцию 01.10.2012.