

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕЦИДИВАХ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич

Харьковская медицинская академия последипломного образования

RESTORATION OF ESOPHAGEAL PASSABILITY IN RECURRENCES OF TUMOURS OF VARIOUS LOCALIZATION

N. N. Veligotskiy, A. V. Gorbulich

Современные методы комплексного лечения онкологических заболеваний пищевода не всегда обеспечивают полное излечение пациента, достаточно часто возникают различные варианты рецидива заболевания, которые сопровождаются нарушением проходимости пищевода [1].

Опухолевая стриктура возникает после гастрэктомии вследствие местного рецидива или прорастания опухоли извне, после операций по поводу рака гортани, пищевода, тиреоидитов, при лимфосаркоме грудной полости [1]. Оперативное лечение таких пациентов часто невозможно из-за распространенности процесса или тяжелого состояния. Выполнение стомирующих операций (гастростомы, еюностомы) чревато местными осложнениями, значительно ухудшающими качество жизни пациентов [2].

В лечении таких больных, кроме продления жизни, основной задачей является максимальное улучшение ее качества [3, 4]. Методы стентирования пищевода также не всегда эффективны из-за возможной перфорации пищевода при воздействии стента на зону опухолевого стеноза, что обуславливает возникновение медиастинита, массивного кровотечения, асфиксии (при повреждении трахеи или смещении опухоли в ее просвет) [5]. Разработка методов, способствующих уменьшению риска возникновения осложнений при механическом воздействии стента на ткани, особенно у больных при рецидивном раке, когда прочность тканей минимальна, является актуальной задачей.

Реферат

На основании анализа результатов лечения 29 больных представлен опыт восстановления проходимости пищевода при рецидивах опухолей различной локализации. Предварительное бужирование и баллонная дилатация зоны опухолевой стриктуры способствовали уменьшению риска возникновения осложнений, обусловленных неконтролируемым воздействием саморасширяющегося стента.

Ключевые слова: дисфагия; рецидив рака; стентирование пищевода.

Abstract

Experience of the esophageal passability restoration in tumoral recurrences of various localization was presented, basing on analysis of the treatment results in 29 patients. Preliminary bougienage and balloon dilation of the tumoral stricture zone have promoted reduction of the complications occurrence risk, caused noncontrolled action of a self expanding stent.

Key words: dysphagia; recurrence of cancer; esophageal stenting.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике по поводу стриктуры пищевода, обусловленной гистологически подтвержденными рецидивами опухоли, лечили 26 больных. В группе сравнения (12 пациентов) стент устанавливали после бужирования пищевода до диаметра 8–9 мм; в основной группе (19 больных) перед установкой стента проводили бужирование и баллонную дилатацию зоны стриктуры пищевода до диаметра 12–15 мм. Характеристика больных в группах представлена в *табл. 1*.

Как правило, пациентов по поводу рецидивного рака госпитализировали с выраженной дисфагией (III–IV степени по Савицкому), малым диаметром стриктуры (менее 5 мм), что не позволяло провести эндоскоп за уровень сужения — у 27 (93%) больных. Поэтому при проведении гибкого проводника часто возникали технические сложности, иногда этот этап было возможно завершить после 3 попыток — у 5 (20,8%) больных или даже 5 — у 3 (12,5%). В дальнейшем выполняли

бужирование по проводнику (применяли бужи диаметром 3,5 и 7 мм), а также баллонную дилатацию. У 3 больных группы сравнения, которые не включены в оценку результатов лечения, не удалось провести проводник за зону стриктуры, у 2 — из-за полной облитерации, у 1 — вследствие повышенной кровоточивости. Двум больным группы сравнения отказано в стентировании из-за большого объема опухоли верхней трети грудной части пищевода и сужения трахеи, что при стентировании могло вызвать асфиксию. У этих больных установлен трансназальный зонд для питания.

В основной группе после бужирования зоны стриктуры до диаметра более 0,5 см проводили трансназальный зонд, что позволяло обеспечить питание пациентов и выполнять плановую баллонную дилатацию, при этом диаметр зоны сужения увеличен до 12 мм. Такой диаметр мы считали достаточным для установки стента диаметром 15–16 мм, а диаметр 12–15 мм — для установки стента диаметром 18–20 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения больных в группах представлены в *табл. 2*.

Таким образом, различия диаметра стриктуры до и после стентирования обуславливали достоверно более высокую частоту возникновения осложнений, которые отмечали при установке стентов без предварительного контролируемого расширения стриктуры.

В группе сравнения умер один больной с рецидивом опухоли в трансплантате желудка, которому устанавливали Z-стент с покрытием. С установкой Z-стента связана также перфорация пищевода с образованием трахеопищеводного свища через 3 мес после стентирования.

В основной группе у 2 больных отмечена миграция стента (у 1 —

проксимальная, стент случайно извлечен желудочным зондом во время наркоза, у 1 — дистальная, в трансплантат желудка). Во всех наблюдениях мигрировали съемные стенты Endoflex. Стенты извлекали с помощью баллона для дилатации. У одной пациентки повторно установлен стент в зону отводящей петли.

Определенную проблему представляло стентирование высокой стриктуры пищевода из-за близости гортанной части трахеи. Больному проводили бужирование по проводнику, баллонную дилатацию зоны стриктуры до диаметра 12 мм, затем — стентирование с использованием стента Endoflex. В сроки наблюдения 8 мес проходимость хорошая. Химиолучевую терапию пациенту не проводили. Через 8 мес возникла дисфагия вследствие рас-

пространения опухоли за пределы стента, больному наложена гастростома. От повторного стентирования пациент отказался.

Контролируемое воздействие на стриктуру при последовательном бужировании с применением проводников разного диаметра и баллонной дилатации позволяет избежать осложнений, обусловленных разрушающим воздействием стента. Недостатком предложенного подхода является риск миграции съемных стентов.

Во всех наблюдениях стенты извлечены, причиной миграции была их недостаточная фиксация в зоне стриктуры (что, возможно, требует изменения конструкции стента). Тем не менее, миграция стента гораздо менее опасна, чем перфорация пищевода, и не приводит к значительному ухудшению качества

Таблица 1. Характеристика больных в группах

Заболевание	Число больных в группах				Всего
	основной		сравнения		
	абс.	%	абс.	%	
Рецидив рака желудка	5	37	3	33	88
в зоне анастомоза	3	16	3	22	4
сдавление отводящей петли извне	4	21	2	11	4
Рецидив рака пищевода	6	32	3	33	9
в культе (трахеопищеводный свищ)	2	11	1	11	3
в зоне анастомоза	2	11	1	11	3
прорастание по культе желудка или сдавление извне	2	11	1	11	3
Рецидив рака гортани	2	11	2	22	4
Сдавление извне опухолью средостения	2	11	1	11	3
Не стентированы	2		3		5
Итого ...	19		12		29

Таблица 2. Результаты лечения больных в группах

Осложнения (причины)	Число больных в группах				Всего
	основной (n = 15)		сравнения (n = 9)		
	абс.	%	абс.	%	
Летальный исход	—	—	1	11	1
Перфорация, кровотечение, асфиксия через 3 сут после установки стента (рецидив рака пищевода)	—	—	1	11	1
Осложнения	2	11	3	33	5
Перфорация, образование трахеопищеводного свища в сроки 2 мес	—	—	1	11	2
Перфорация брюшной части пищевода (сразу)	2	11	1	11	2
Миграция съемного стента Polyflex	—	—	1	11	1
Кровотечение			1	11	
Итого ...	2	11	5	55	7 (30%)

Примечание. Различия в группах достоверны ($\chi^2_{\text{расч}} = 5,2$; $\chi^2_{\text{крит}} = 3,84$, $p < 0,05$).

жизни пациентов или летальному исходу.

Выводы

1. Пациенты, у которых возникает дисфагия вследствие рецидива ранее оперированного опухолевого

процесса, относятся к "сложной" категории, задачей их лечения является восстановление энтерального питания и приемлемого качества жизни.

2. Предварительное бужирование и баллонная дилатация зоны

опухолевой стриктуры способствуют уменьшению риска возникновения осложнений, обусловленных неконтролируемым воздействием саморасширяющегося стента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer statistics, 2010 / A. Jemal, R. Siegel, J. Xu, E. Ward // Cancer J. Clin. — 2010. — Vol. 60, N 5. — P. 277 — 300.
2. Interdisciplinary Canadian guidelines on the use of metal stents in the gastrointestinal tract for oncological indications / M. O. Baerlocher, M. R. Asch, P. Dixon [et al.] // Can. Assoc. Radiol. J. — 2008. — Vol. 59, N 3. — P. 107 — 122.
3. Стентирование пищевода / С. И. Киркилевский, В. Л. Ганул, А. М. Козачук [и др.] // Журн. АМН України. — 2007. — Т. 13, № 4. — С. 700 — 716.
4. Katsanos K. Stenting of the upper gastrointestinal tract: current status / K. Katsanos, T. Sabharwal, A. Adam // CardioVasc. Intervent. Radiol. — 2010. — Vol. 33, N 4. — P. 690 — 705.
5. Sharma P. Role of esophageal stents in benign and malignant diseases / P. Sharma, R. Kozarek // Am. J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 105, N 2. — P. 258 — 273.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО
“ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ "Ліга-Інформ",
03680, м. Київ,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.
Тел./факс -044.408.18.11
e-mail: info@hirurgiya.com.ua