

## ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕЦИДИВАХ ОПУХОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*А.В.Горбулич*

**Харьковская медицинская академия  
последипломного образования  
Харьков, Украина**

---

В работе представлен опыт восстановления проходимости пищевода при рецидивах опухолей различной локализации. Данные, полученные в ходе анализа результатов лечения 29 больных, показали, что предварительное бужирование и баллонная дилатация зоны опухолевой стриктуры снижают риск осложнений, связанных с неконтролируемым воздействием саморасширяющегося стента.

*Ключевые слова: дисфагия, рецидив рака, стентирование пищевода.*

---

### **Введение**

Современные методы комплексного лечения онкопатологии не всегда приводит к полному излечению пациента, и достаточно часто формируются различные варианты рецидива заболевания, которые приводят к нарушению проходимости пищевода [3]. Опухолевые стриктуры возникают после гастрэктомий за счет местного рецидива или прорастания опухоли извне, после операций по поводу рака гортани, тимэктомий, при лимфосаркомах грудной клетки, после операций при раке пищевода [3].

Оперативное лечение этих пациентов зачастую невозможно из-за распространенности процесса или тяжелого общего состояния, выполнение стомирующих операций (гастростомы, еюностомы) может проводить к ряду местных осложнений, значительно ухудшающих качество жизни пациентов [2]. В то время как для лечения этой категории больных, кроме продления жизни, основной зада-

чей является максимальное улучшение ее качества [1, 4]. Методики стентирования пищевода тоже не всегда приветствуются из-за возможных перфораций пищевода, связанных с воздействием стента на зону опухолевого стеноза, что приводит к развитию медиастинитов, массивных кровотечений, асфиксии (при повреждении трахеи или смещении опухоли в ее просвет) [5]. Разработка методов снижения риска осложнений, связанных с механическим воздействием стента на ткани, особенно у больных с рецидивным раком, где прочность этих тканей минимальна, является актуальной задачей. Клиника кафедры торакоабдоминальной хирургии ХМАПО располагает 5-летним опытом лечения этой категории пациентов, который может оказаться интересным для врачей других клиник.

### *Материалы и методы исследования*

В клинике кафедры торакоабдоминальной хирургии ХМАПО проводилось лечение стриктур пищевода, связанных с гистологически подтвержденными рецидивами опухолей, у 29 больных. Больные были разделены на две группы: **группа сравнения** — 12 пациентов (первоначальное накопление опыта, определение показаний к стентированию исходя из данных литературы)

*Таблица 1*

### **Характеристика больных в обследованных группах**

Нозология	Группа		Всего
	Основная	Сравнения	
Рецидив рака желудка	5 (33%)	3 (33%)	8
- в зоне анастомоза	2 (13%)	2 (22%)	4
- сдавление отводящей петли извне	3 (20%)	1 (11%)	4
Рецидив рака пищевода	6 (40%)	3 (33%)	9
- в культе пищевода (трахеопищеводный свищ)	2 (13%)	1 (11%)	3
- в зоне анастомоза	2 (13%)	1 (11%)	3
- прорастание по культе желудка или сдавление извне	2 (13%)	1 (11%)	3
Рецидив рака гортани	2 (13%)	2 (22%)	4
Сдавление извне опухолью средостения	2 (13%)	1 (11%)	3
<b>Всего стентированы</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>24</b>
<b>Не стентированы</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Итого</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>29</b>

и основная — 17 больных (в которой применялись методики и подходы, разработанные исходя из негативного опыта лечения больных в группе сравнения). Характеристика больных в группах представлена в табл. 1. Из табл. 1 следует, что группы сравнимы между собой.

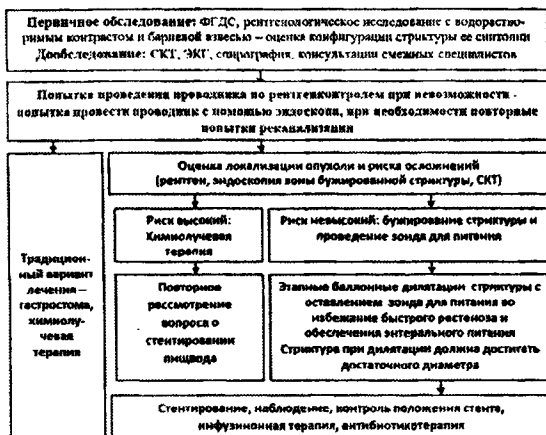
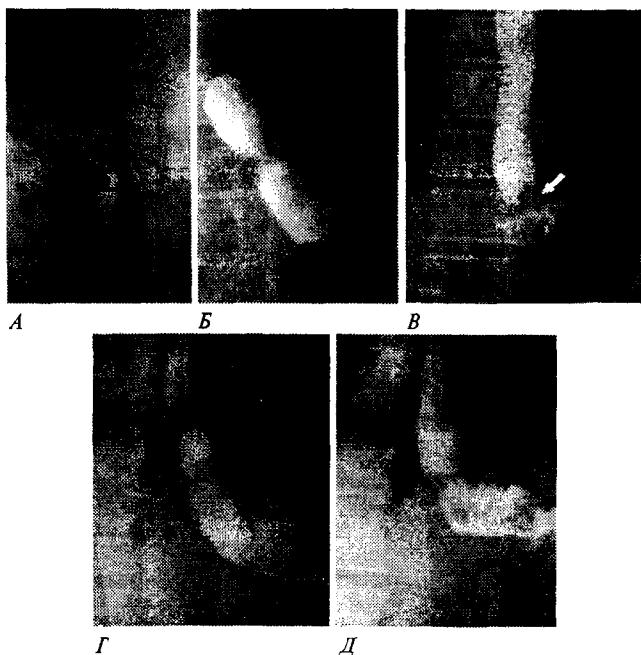


Рис. 1. Схема лечебно-диагностического подхода при лечении стриктуры пищевода на фоне рецидива ранее оперированного онкопроцесса.

Как правило, пациенты с рецидивным раком поступали с выраженной дисфагией (II-III степени по Савицкому) и очень узким диаметром стриктур (менее 5 мм), которые не позволяли провести эндоскоп за уровень сужения, что наблюдалось у 27 (93%) больных. Поэтому у этих больных зачастую имели место сложности с проведением проводника в начальные отделы стриктуры и по ее протяжению вследствие извитого характера, ригидности, наличия узких мест, зон с повышенной кровоточивостью. Иногда проведение проводника завершали после 3 (у 5 — 20,8%) или даже 5 (у 3 — 12,5%) попыток. В дальнейшем нами выполнялось бужирование по сформированному каналу и баллонные дилатации пищевода. У 3 больных группы сравнения, которые не вошли в оценку результатов лечения изучаемых групп, нам не удалось пройти за зону стриктуры — у 2 из-за полной облитерации и у одного вследствие повышенной кровоточивости; 2 больным в группе сравнения было отказано в стентировании ввиду большого объема опухоли верхней трети внутригрудного отдела пищевода и

сужения трахеи, что при стентировании могло вызвать асфиксию. Схема лечебно-диагностического подхода при лечении стриктуры пищевода на фоне рецидива ранее оперированного онкопроцесса представлена на рис. 1.

В соответствии с этой схемой после бужирования стриктуры до диаметра более 0,5 см нами проводился зонд для питания и выполнялись плановые дилатации, что позволяло увеличить диаметр зоны сужения до 1-1,2 см, этот диаметр мы считали достаточным для установки стента диаметром 15-16 мм, а диаметр 12-15 мм — для установки стента диаметром 18-20 мм. Эти этапы представлены на рис. 2. Большая разница в диаметре до и после стентирования приводила к высокой частоте осложнений, которые отмечались при установке стентов без предварительного контролируемого расширения стриктуры.



*Рис. 2. Этапы восстановления проходимости в зоне стриктуры: А — проведение зонда для питания; Б — баллонная дилатация стриктуры эзофагогастроанастомоза; В — рецидив рака после гастрэктомии; Г — баллонная дилатация стриктуры; Д — восстановление проходимости.*

На рис. 3 представлены варианты установки стентов при различных уровнях обструкции пищевода.

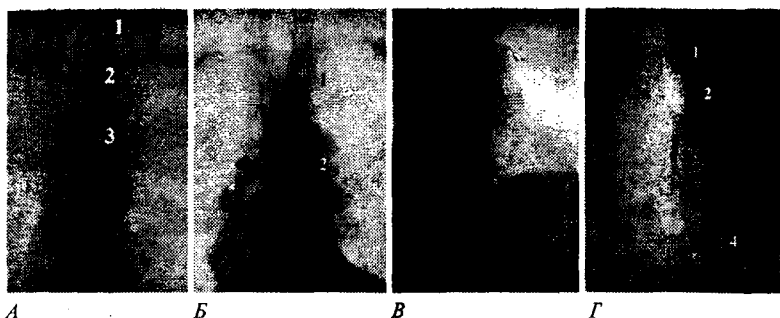


Рис. 3. Варианты установки стентов при различных уровнях обструкции: А — стентирование рецидивного рака пищевода несъемным стентом (прорастание опухоли по трансплантату на протяжении 5 см) (1 — стент в зоне шейного отдела пищевода, 2 — зона сужения (стент полностью не раскрыт), 3 — дистальный конец стента); Б — стентирование стриктуры эзофагогастроанастомоза съёмным стентом (1 — пищевод, 2 — зона стентирования); В — стентирование рецидива кардиоэзофагального рака (после проксимальной резекции желудка); Г — стентирование самодельным стентом из силиконовой трубки (1 — пищевод, 2 — зона пищеводно-тонкокишечного анастомоза над которой находится проксимальная часть стента, 3 — стент в зоне сужения отводящей петли, 4 — контраст поступает в отводящую петлю тонкого кишечника).

Результаты лечения больных в группах представлены в табл. 2.

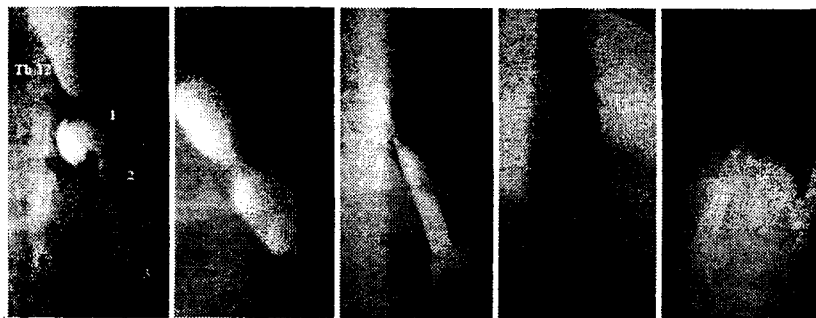
Таблица 2

### Результаты лечения больных в группах

Осложнения среди стентированных (причины)	Группа		Всего
	Основная, n=15	Сравнения, n=9	
Летальный исход	-	1 (11%)	1
Перфорация, кровотечение, асфиксия через три дня после установки стента (рецидив Са пищевода)	-	1 (11%)	1
Осложнения	2 (13%)	3 (33%)	5
Перфорация с исходом в трахеопищеводный свищ (2 мес.)	-	1 (11%)	2
Перфорация абдоминального отдела пищевода (сразу)	-	1 (11%)	2
Миграция съёмного стента Polyflex	2 (13%)	1 (11%)	1
Кровотечение		1 (11%)	
Всего	2 (13%)	5 (55%)	7 (30%)

Примечание: различия между группами статистически достоверны ( $\chi^2_{\text{расч.}} = 4,8$ ;  $\chi^2_{\text{крит.}} = 3,84$ ,  $p < 0,05$ ).

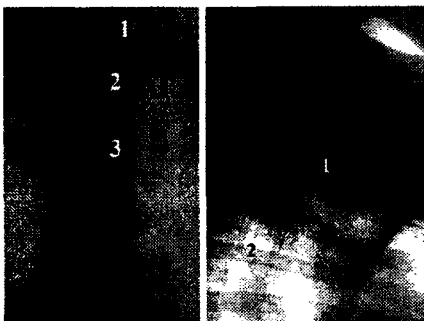
В группе сравнения имел место один летальный исход у больного с проращением рака на желудочный трансплантат — больному устанавливался Z-стент с покрытием, с установкой Z-стента были связаны две перфорации пищевода. В основной группе в двух случаях имела место миграция стентов: в одном проксимальная — стент извлечен зондом во время наркоза (рис. 4 Г), во втором дистальная — в желудочный трансплантат. Во всех случаях мигрировали съемные стенты Endoflex. Извлечение стентов проводили с помощью баллона для дилатации. В первом случае выполнялось повторное стентирование (рис. 4 Д).



*Рис. 4. Стентирование зоны эзофагоjejуноанастомоза: А и Б — зона стеноза эзофаго-jejуноанастомоза и отводящей петли (1 — зона стриктуры эзофагоjejуноанастомоза, 2 — зона стриктуры отводящей петли, 3 — зона межкишечного анастомоза); В — в зону стриктуры установлен стент проходимый для бариевой взвеси; Г — миграция стента в проксимальном направлении; Д — повторная установка стента — барий определяется в петлях тонкого кишечника.*

Определенную проблему представляло стентирование высоких стриктур пищевода из-за близости гортаноглотки и трахеи. На рис. 5 представлен вариант стентирования стриктуры, связанной с рецидивом рака гортани. Больному выполнялось бужирование по проводнику, баллонная дилатация стриктуры до диаметра 12 мм, а затем стентирование стентом Endoflex. Результат — больной прожил 8 месяцев на энтеральном питании. Химиолучевой терапии пациент не получал.

Через 8 месяцев возникли явления дисфагии вследствие распространения опухоли за пределы стента, и больному была наложена гастростома, от повторного стентирования пациент отказался.



*Рис. 5. Стентирование высокой стриктуры (5 см от входа в пищевод) на фоне рецидива оперированного рака гортани: А — стент установлен после предварительного расширения стриктуры (1 — стент в зоне шейного отдела пищевода, 2 — зона сужения (стент полностью не раскрыт), 3 — дистальный конец стента); Б — стент проходим через 6 месяцев после стентирования (1 — зона сужения, 2 — дистальный конец стента).*

Результаты наблюдения за больными показали, что использование контролируемого воздействия на стриктуру при последовательном бужировании проводниками разного диаметра и с помощью баллонной дилатации позволяет избежать осложнений, связанных с разрушающим воздействием стента, в том числе и летальных. Недостатком предлагаемого подхода является риск миграции съёмных стентов. Во всех случаях стенты были извлечены, причиной миграции была плохая их фиксация в зоне стриктуры (что, возможно, требует изменения конструкции стента или выполнения меньшего числа дилатаций для непротяженных стриктур). Тем не менее миграция стента гораздо менее опасна, чем перфорация, и не приводит к резкому ухудшению качества жизни пациентов или летальному исходу.

## **Выводы**

1. Пациенты с дисфагией, обусловленной рецидивом ранее оперированного онкопроцесса, относятся к сложной категории больных, задачей лечения которых является восстановление энтерального питания и приемлемого качества жизни.

2. Предварительное бужирование и баллонная дилатация зоны опухолевой стриктуры снижают риск осложнений, связанных с неконтролируемым воздействием саморасширяющегося стента на стенки.

## **Литература**

1. Стентирование пищевода / С.И.Киркилевский, В.Л.Ганул, А.М.Козачук, А.В. [и др.] // Журнал АМН України. — 2007. — Т. 13, №4. — С. 700-716.
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.] // *Canadian Association of Radiologists Journal*. — 2008. — Vol. 59. — №3. — P. 107-122.
3. Cancer statistics, 2010 / A.Jemal, R.Siegel, J.Xu, E.Ward // *Cancer Journal for Clinicians*. — 2010. — Vol. 60, №5. — P. 277-300.
4. Katsanos K. Stenting of the upper gastrointestinal tract: current status / K.Katsanos, T.Sabharwal, A.Adam // *CardioVascular and Interventional Radiology*. — 2010. — Vol. 33, №4. — P. 690-705.
5. Sharma P. Role of esophageal stents in benign and malignant diseases / P.Sharma, R.Kozarek // *American Journal of Gastroenterology*. — 2010. — Vol. 105, №2. — P. 258-273.

***А.В.Горбуліч. Досвід відновлення прохідності стравоходу при рецидивах пухлин різної локалізації. Харків, Україна.***

***Ключові слова: дисфагія, рецидив раку, стентування стравохода.***

*У роботі наведений досвід відновлення прохідності стравоходу при рецидивах пухлин різної локалізації. Дані, отримані пьд час аналізу результатів лікування 29 хворих, показали, що попереднє бужування і баллонна дилатація зони пухлинної стріктури знижують ризик ускладнень, пов'язаних з неконтрольованим впливом саморозширювального стента.*

***A.V.Gorbulich. Experience patency of the esophagus in recurrent tumors of different localization. Kharkiv, Ukraine.***

***Key words: dysphagia, recurrence of cancer, esophageal stenting.***

*We performed restore patency of the esophagus with recurrent cancer of various locations in 29 patients. The data obtained in the analysis of the results of treatment of 29 patients showed that pre-probing and balloon dilatation of the stricture area of the tumor reduces the risk of complications associated with uncontrolled action of a self-expanding stent.*