

Стентирование пищевода при злокачественных стенозах и эзофаго-респираторных свищах

В.Ю. Муравьев, А.И. Иванов

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Россия

Известно, что пациентов, страдающих стойким, а тем более прогрессирующим сужением пищевода любого генеза, заставляет обращаться за медицинской помощью дисфагия, приводящая к тому, что больной перестаёт питаться естественным путём. Наиболее частой причиной нарастающей дисфагии является рак пищевода, и если какие-либо причины препятствуют его радикальному лечению, то вопрос о способе доставки пищи в желудок для данного пациента становится одним (если не самым!) из самых значимых в жизни.

Одним из способов решения этой задачи является проведение пластиковой трубчатой конструкции, т.н. «стента», через пищевод в желудок, фиксации этой конструкции и уходом за ней (санация) – с целью постоянного питания больного жидкой пищей.

В начале 80-х годов прошлого столетия эта методика получила название «стентирование пищевода» и, претерпев ряд технологических реконструкций, достаточно надёжно вошла в клиническую практику как более совершенный и альтернативный способ традиционным гастростомии и энтеростомии.

Так же успешно стентирование пищевода используется с целью способствования консервативной obturации пищеводно-респираторных свищей доброкачественного происхождения (чаще – травматического) у тяжёлых больных с целью минимизации контакта содержимого пищевода с зоной свища. Стентирование в клинической практике появилось достаточно недавно, в середине 1980-х годов, однако за короткий промежуток времени прочно вошло в круг наиболее распространенных и эффективных методов лечения больных со злокачественными стенозами и эзофаго-респираторными фистулами. На протяжении длительного времени проблема лечения злокачественных стенозов и эзофаго-респираторных фистул остаётся сложной задачей современной онкологии и хирургии. На сегодняшний день стентирование является методом выбора при лечении протяженных злокачественных стенозов у неоперабельных пациентов, а также помогает решать вопросы неоперативного разобщения трахео-пищеводных фистул у соматичес-

ки тяжёлых пациентов, продлевая жизнь и улучшая её качество.

Перед стентированием больному выполняются следующие исследования:

1. Рентгенография органов грудной клетки.
2. Рентгенография пищевода и желудка для определения протяженности стеноза.
3. УЗИ органов брюшной полости.
4. Фиброэзофагогастроскопия с морфологическим исследованием биоптатов.
5. Фибробронхоскопия (при локализации опухоли или фистулы пищевода до н/грудного отдела) – для определения возможного контакта с трахеей, средостением и плевральными полостями.
6. По показаниям КТ органов грудной клетки и брюшной полости.
7. Лабораторные исследования крови, мочи, сахар крови, билирубин, АЛТ, АСТ.

Наиболее полную и достоверную информацию о возможности проведения стента дает эндоскопическое исследование.

В условиях Клинического онкологического диспансера МЗ РТ исследование проводим на эндоскопической видеосистеме CV-70 (Olympus).

Необходимым подготовительным вмешательством перед проведением стента считаем эндоскопическую реканализацию.

Восстановление просвета пищевода производим следующими способами: баллонной дилатацией, бужированием, диатермокоагуляцией, игольчатый электродом, лазерной или аргонплазменной деструкцией.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ

1. Стриктура просвета пищевода и кардиоэзофагальной зоны диаметром от 0,2–0,6 см, обусловленная стенозирующим раком.

2. Стриктура пищевода после радикального оперативного лечения рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Эндоскопические методы реканализации оказываются эффективными, но эффект, получаемый в результате реканализации непродолжительный. Частое повторное разрастание опухоли после эндоскопической реканализации заставило нас искать новые подходы к решению этой задачи. Проведение стента через опухолевый канал после первого сеанса реканализации оказывает хороший эффект, функциональный на протяжении достаточно длительного времени.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СТЕНТИРОВАНИЯ

1. Сужение чреذопухолевого просвета пищевода и кардиоэзофагеальной зоны диаметром от 0,6 до 0,8 см.
2. Рак верхней и средней трети грудного отдела пищевода с прорастанием в просвет трахеи и формированием трахеального или бронхиального свищей (рис. 1).



3. Пищеводно-респираторные свищи доброкачественного происхождения: пролежни, возникшие в результате длительного использования трахестомической или интубационных трубок; ятрогенные повреждения трахеи (рис. 2).



4. Злокачественные опухоли и метастатическое поражение органов средостения с вторичным поражением и стенозом пищевода.

5. Рецидивы рака (после гастрэктомии) с развитием злокачественной стриктуры в зоне пищеводно-кишечного анастомоза (продолженный рост опухоли), а также в ложе удаленной опухоли.

МЕТОДИКА СТЕНТИРОВАНИЯ

Из всех описанных ранее методик установки стентов в просвет пищевода наиболее эффективным, быстрым, удобным и безопасным считаем установку стента под контролем зрения.

После проведения реканализации и восстановления просвета пищевода, достаточного для проведения через сужение доставляющего устройства, определяем верхнюю границу стеноза. Если удается пройти эндоскопом через стеноз — определяем нижнюю границу. При отсутствии возможности эндоскопически определить нижнюю границу, протяженность и уровень нижней границы определяем рентгенологически.

Затем доставляющее устройство проводим к месту стеноза или эзофаго-респираторной фистулы. Параллельно заводим фиброэзофагогастроскоп. Под контролем зрения определяем верхнюю границу стеноза и его положение по отношению к патологически измененному участку. Выполняем расправление стента, при необходимости коррекцию его положения.

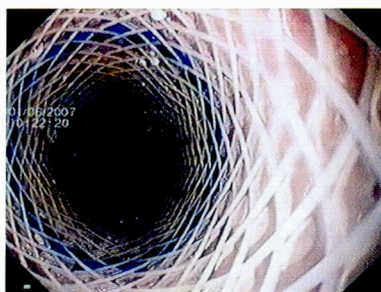
До 2002 г. на базе Эндоскопического центра РТ проводилось эндопротезирование стентами, изготовленными из медицинской силиконовой резины, с фиксирующим устройством и конусообразной воронкой на проксимальном конце, эндопротезы пищеводные силиконовые, производства ЗАО «Мед Сил» г. Мытищи (Россия). Стентирование проводили под внутривенным наркозом или глубокой седацией при помощи ригидного бронхоэзофагоскопа Мезрина или на буже «вслепую» (рис. 3).



Однако данные конструкции имеют ряд недостатков: фиксированный диаметр, недостаточная эластичность, сложная методика установки стента в просвет пищевода, выраженный и длительный болевой синдром после манипуляции.

Для восстановления проходимости перед проведением стентирования наиболее эффективным методом (по сравнению с описанными выше) считаем бужирование пищеводными бужами через опухоль.

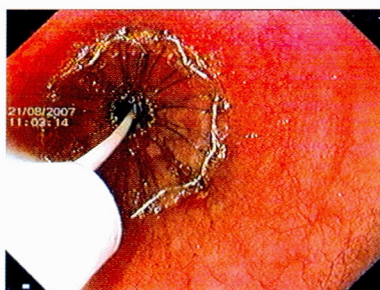
С 2002 года для стентирования пищевода в нашей клинике используются саморасправляющиеся Polyflex Stent Esophagus, Rusch (Германия) (рис. 4).



Стентирование пищевода проведено 28 пациентам саморасправляющимися стентами, Rusch (Германия), по следующей методике:

Одно стентирование стентами Rusch (Германия) выполнено «стент в стент» в виду протяженного опухолевого стеноза.

С 2004 года мы стали использовать стенты фирмы ELLA (Чехия) (рис. 5, 6).



Установка стентов возможна только ниже устья пищевода (верхнего пищеводного сфинктера). Имплантация стента в зону верхнего пищеводного сфинктера вызывает выраженные болевые ощущения, и т.д.

Из осложнений, не потребовав их оперативного лечения, у наших больных имело место: надрыв стенки пищевода, у пациента после гастрэктомии. После курса консервативной терапии пациенту впоследствии была выполнена еюностомия.

Практически все пациенты отмечали дискомфорт после имплантации стента, который купировался во временном промежутке от суток до 10 дней под действием анальгетиков.

Мы считаем, что в устройствах Polyflex Stent Esophagus, Rusch (Германия) имеются следующие положительные моменты:

1. Эластичность – не вызывают выраженных и длительных болевых ощущений.
2. Не имеют ячеистой структуры, вследствие чего не прорастают стенку пищевода.

Из отрицательных факторов следует отметить:

1. Отсутствие канала для введения стента по струне – направителю.
2. Большой диаметр доставляющего устройства.
3. Острый наконечник в доставляющем устройстве
4. Отсутствие устройства для удаления стента.
5. Отсутствие антирефлюксного клапана.

Нами проведено 16 имплантаций покрытых эзофагеальных стентов фирмы ELLA cs. Модель – FerX – ELLA Esophageal Stent – Boubella и Boubella E. На наш взгляд, модели этих стентов весьма перспективны ввиду:

1. Малого диаметра доставляющего устройства.
2. Наличия канала для проведения доставляющего устройства по струне – проводнику,
3. Возможности коррекции положения стента, а также наличия устройства для извлечения.
4. Плотности материала и фиксирующей воронки (в качестве антимиграционного механизма, благодаря чему не спадаются и не мигрируют при установке в область эзофаго-респираторной фистулы).

Наличие антимиграционного механизма позволяет избавиться от выраженного мучительного рефлюкса содержимого желудка в пищевод. Но в то же время, по нашим наблюдениям, наличие клапана периодически вызывает механическую обструкцию стента.

Таблица 1. Виды стентов и количество стентирований

Стенты	Продолженный рост опухоли после гастрэктомии	Неоперабельные больные с раком средней, нижней трети пищевода и кардиззофагеальной зоны	Эзофаго – респираторные свищи	Всего
ЗАО «Мед Сил» г. Мытищи (Россия)	4	8		12
Rusch (Германия)	8	20		28
ЕИА, Чехия		7	9	16
Всего стентирований	12	35	9	56

Необходимо проводить периодические фиброэзофагоскопии с целью санации просвета стента.

Мы предпочитаем имплантировать стенты без антирефлюксных клапанов, а в качестве препарата, угнетающего кислотность и устраняющего гастроэзофагальный рефлюкс, назначаем париет по 20 мг однократно утром в течение 4 недель, с последующим переходом на поддерживающие дозы 10 мг по требованию в сочетании с курсом мотилиума 10 мг за 30 минут до приема пищи в течении 4 недель

В заключение следует подчеркнуть, что стентирование стенозов пищевода и эзофаго-респираторных фистул является сложной и актуальной задачей практической медицины. Для успешного ее решения должен применяться индивидуальный подход. Для реканализации пищевода при опухолевом стенозе могут применяться новые современные методики, улучшающие качество жизни пациентов и дающие хороший лечебный эффект. Наиболее передовым методом является стентирование – как наименее травматичное и весьма эффективное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. – М. – 1999. – 273С.
2. Муравьев В.Ю. Комбинированная деструкция опухолей дыхательных путей и желудочно – кишечного тракта. Автореф. Дис...-доктора мед. наук. - Казань. – 1997. – 38с.
3. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Эндоскопические электро – и лазерные операции на желудочно – кишечном тракте// Прим. физич. метод. диаг. и лечения в медицине. – Свердловск. – 1986. – с.54 – 58.
4. Tomas Tership. Stenting in gastrointestinal tract //Lithography. – Н.К. – 2005.

КОНТАКТЫ

Владимир Юрьевич Муравьев – профессор,
Главный эндоскопист МЗ РТ, руководитель
эндоскопического центра
Тел. 8(843) 5192670

Алексей Игоревич Иванов, врач – эндоскопист
эндоскопического центра МЗ РТ
Тел. 8(843)5192770 ivanov.onco.2005@rambler.ru