

Применение саморасширяющихся металлических стентов – перспективное направление во внутрипросветной эндоскопической хирургии

**А.С. Балалыкин, В.Ю. Саввин, В.В. Гвоздик, М.А. Амеличкин,
В.Ф. Колышкин, Д.А. Балалыкин, Х.С. Муцuros, А.И. Давыдов**

г. Красногорск, г. Ханты-Мансийск; Москва

Непроходимость полых органов пищеварительной системы доброкачественной и злокачественной этиологии требует хирургической коррекции. Альтернативными методами лечения, если рассматривать исторически и с позиции доступа, были бужирование и пластиковое стентирование с известными недостатками и неудачами. Несомненные перспективы нехирургического лечения открылись с разработкой металлических саморасширяющихся нитиноловых стентов (СМС).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить технические возможности установки нитиноловых стентов и их клиническую эффективность при различных видах и локализациях обструкции пищеварительного тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Попытки установки СМС предприняты в 2006–2013 гг у 89 больных с доброкачественными (19%) и злокачественными (81%) обструкциями: пищевода – 8 пациентов (2.3% и 6.7%, соответственно), кардии – 16 (0% и 18%), дуоденум – 4 (1.2% и 3.4%), тонкой кишки – 5 (5.6% и 0%), толстой кишки – 3 (1.2% и 2.3%), билиарные – 45 (9% и 51%). Устанавливались стенты фирм Wilson Cook и MiTech с покрытием и без в зависимости от характера обструкции и степени её протяженности. «Стент в стент» установлен у 3 больных: у 1 – из-за плохого расправления стента, у 2 – неправильной установки первого стента, причем у одной пациентки установлены 3 стента, ибо два первых покрыты из – за неправильной установки (короткий дистальный конец) тут же мигрировали в проток при расправлении. Из билиарных только 1 стент установлен антеградно в желчные протоки через свищ, все остальные ретроградно. Техника установки СМС контролировалась визуально и рентгенологически.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Операция завершилась успешно у 83(93%) пациентов, причем интраоперационную коррекцию неправильной позиции, не захватывающей всю протяженность обструкции опухолью, пришлось выполнить у двух больных, а у одного – из-за невозможности расширения просвета одним стентом. Из 53 пациентов с билиарной обструкцией неудачи реканализации из-за невозможности введения инструментов отмечены у 6 (6,7 %).

Ошибки установки стента, неправильная позиция его относительно границ обструкции, несмотря на хорошие возможности контроля, обуславливаются неправильной техникой проведения операции и смещением стента вперед при его выведении из инструмента.

Устранение обструкции органа происходит постепенно, что легко обнаруживается по изменению формы «талии» стента. Это может сопровождаться выраженным болем. Максимальный эффект достигается в течение 48 часов.

Организационные проблемы включают:

1) организацию рентгеноперационной; 2) участие анестезиологической бригады; 3) необходимость комплектации современным оборудованием и инструментарием; 4) наличие большой операционной бригады (3 и более человека); 5) дороговизна технического оснащения (вынужденное использование самодельных стентов); 6) актуальность выполнения неотложных вмешательств; 7) невмешательство страховых компаний.

Тактические и методические (технические) проблемы включают:

1) лучевую нагрузку; 2) трудоемкость (комплексность) операции; 3) технические трудности; 4) необходимость подготовки операционного поля (ЭПТ, дилатация); 5) ограниченные сроки функционирования; 6) тщательность послеоперационного наблюдения; 7) миграция стентов; 8) необходимость замены стентов; 9) нераскрытие стента.

К негативным особенностям самих стентов мы относим:

1) дороговизну; 2) ригидность, трудности доставки; 3) высокий риск повреждения эндоскопической техники; 4) длительность операции; 5) поломку системы доставки; 6) клинические ограничения применения (протяженные структуры, высокие структуры, пол-

ная непроходимость органов); 7) не раскрытие до необходимого размера.

Тактические и технические ошибки при установке стентов:

1 – неправильный выбор стентов (характер покрытия, диаметр, неадекватная реканализация, блокирование параллельных протоковых систем); 2 – неправильная установка стента (низкий верхний уровень, длинный дистальный конец); 3 – недостаточная эффективность (плохое дренирование); 4 – отказ от сочетанных операций (дилатация, ЭПТ, НБД), приводящий к прогрессированию инфекции (холангит, абсцессы печени), недостаточному дренированию, развитию осложнений.

К осложнениям стентирования относим:

1. Миграцию стентов в просвет органов (8–14%, наши данные – 6,7 %);
2. Миграцию стентов в другие органы (0–2,5%);
3. Окклюзию стентов вследствие сдавления, инкрустации, прорастания опухолью (5–86%; –3,4%);
4. Инфекцию, инородное тело (2,5–7%);

5. Пролежни (1,4–2,5%);
6. Перфорация (3,7–6%);
7. Внутренние свищи (0–4,6%);
8. Острый холецистит при блокировании пузырного протока (0,5–3%; –1,2%).

ВЫВОДЫ

Стентирование саморасширяющимися нитиноловыми стентами – перспективное направление современной внутривидимой эндохирургии. При заболеваниях органов пищеварительной системы установка саморасширяющихся стентов является эффективным методом лечения острых состояний больных и окончательным методом лечения при невозможности и нерациональности проведения радикальных хирургических вмешательств.

КОНТАКТЫ

Алексей Степанович Балалыкин – доктор медицинских наук, профессор, вице-президент общества эндоваскулярных хирургов России, лауреат Государственной премии РФ, Москва.

Medical Expert Training
NBI intensive training

ЭКСПЕРТНЫЙ ИНТЕРАКТИВНЫЙ СЕМИНАР
С ON-LINE ВИДЕОТРАНСЛЯЦИЕЙ
ПО ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭНДОСКОПИИ
С NBI

Часть 1: ПИЩЕВОД, ЖЕЛУДОК

10 августа 2015

Москва, Ломоносовский пр-т, д.43, 9-й этаж – Конференц-зал
Интернет-сайт: www.medcity.ru