

## Эндопротезирование желудочно-кишечного тракта

**О.В. Галимов, Р.Ф. Ганиев, Р.Г. Фатихов, С.Е. Дунюшкин, С.Б. Новокшенов**

Клиника Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа, Россия

Основной задачей в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, осложненных стриктурой, является восстановление его проходимости. Как правило, при нарушении проходимости пищевода больным накладывается гастростома. При заболеваниях пилоробульбарной зоны выполняется резекция желудка с наложением желудочно-тонкокишечного анастомоза. В случае обтурации толстой кишки первым этапом накладывается колостома. Все эти «классические», хирургические методики сохраняют свою актуальность особенно в лечебных учреждениях отдаленных от центральных лечебно-диагностических центров. Появление сверхпластичных материалов позволило изготовить различные изделия медицинского назначения, в частности эндопротезы (стенты), которые после имплантации могут значительно улучшить качество жизни больных.

За 2010–2011 гг., в клинике Башкирского государственного медицинского университета имплантировано 29 стентов. Среди них: 10 пищеводных нитиноловых стента с покрытием и антирефлюксным клапаном, 7 биоразлагаемых (биodeградирующих) стентов (BD stents), 3 пилородуоденальных стента, 4 колоректальных стента, 4 стальных стента различной конструкции, 1 билиарный нитиноловый стент с покрытием.

Использованные стенты имплантировали посредством доставочных устройств по сверхжестким проводникам (Luderquist Extra Stiff Wire Guide, модель TSMG-35-260-7-LES, COOK) под рентгенологическим контролем.

Нитиноловые стенты устанавливали при доброкачественных и злокачественных поражениях пищевода с различной протяженностью патологического процесса. Максимальная протяженность послеожогового рубцового стеноза пищевода составила 15 см. Больному предварительно была выполнена баллонная дилатация с последующей имплантацией нитинолового стента соответствующего размера с покрытием и антирефлюксным клапаном. У одного больного после проведения лучевой терапии по поводу рака пищевода протяженностью 8–9 см с целью разобщения

трахеопищеводного свища был имплантирован нитиноловый стент с покрытием и антирефлюксным клапаном. Баллонные дилатации перед установкой нитиноловых стентов выполнены у двух больных с опухолевым поражением кардиоэзофагеальной зоны, при которой провести стент в доставочном устройстве было невозможно из-за сужения до точечного канала кардиальной розетки.

При установке биоразлагаемых стентов (BD stent) предварительная баллонная дилатация потребовалась в трех случаях из-за того, что радиально создаваемая стентом сила могла быть недостаточной для полного восстановления просвета пищевода. BD-стенты устанавливали при доброкачественных сужениях просвета пищевода (пептический рефлюкс эзофагит) протяженностью до 8 см.

Описанные в литературе осложнения в виде разрастания гипергрануляций слизистой оболочки у краев стента встретились нам в одном случае и были обусловлены особенностями конструкции первых моделей BD-стентов. Каких-либо нарушений для прохождения пищи данные грануляционные разрастания не вызывали. Полная или частичная биодеградация стентов наступила через 2,5–3 месяца и напрямую зависела от pH среды. При эндоскопическом контроле у пациентов этой группы через один месяц проходимость пищевода была свободной на всем протяжении. У трех пациентов в первые две недели отмечался умеренно выраженный болевой синдром, не требующий применения наркотических анальгетиков. Обтурации просвета пищевода фрагментами BD-стентов не было.

Установка колоректальных нитиноловых стентов (ELLA-CS) осуществлялась как в плановом порядке – одно наблюдение, так и в экстренном порядке – три случая. В плановом порядке колоректальный стент имплантирован по поводу стриктуры колоректального анастомоза с предварительной баллонной дилатацией сужения диаметром 1–2 мм. В трех случаях стенты были имплантированы в экстренном порядке при явлениях толстокишечной непроходимости: в одном случае при воспалительной опухоли ректосиг-



моидного отдела толстой кишки, в двух случаях – при опухолевом поражении сигмовидной кишки. В последующем, после купирования толстокишечной непроходимости, оперированы двое больных.

Имплантация по типу «стент в стент» с интервалом в 8 месяцев была выполнена одному больному при опухолевом, гистологически верифицированном поражении выходного отдела желудка. В одном наблюдении пилородуоденальный стент был установлен при грубой рубцовой деформации пилоробульбарной зоны. Имплантация нитинолового билиарного стента с покрытием выполнена у одной больной с опухолевым поражением БДС.

Миграция стентов была в двух случаях. В одном случае мигрировал нитиноловый стент с покрытием из просвета пищевода. Удалился из просвета кишечной трубки естественным путем. В другом случае мигрировал стальной стент. Удален из просвета желудка при помощи эндоскопа. Осложнений при имплантации стентов в виде перфораций, кровотечений и т.д. не было.

Таким образом, развитие новых технологий позволяет изготовить различные эндопротезы (стенты) для лечения обтурирующих заболеваний кишечного тракта. При неоперабельных опухолевых поражениях пищевода имплантация стента позволяет значительно улучшить качество жизни больных и избежать наложения гастростомы. При злокачественных поражениях толстой кишки установка стента позволяет разгрузить толстую кишку и выполнить оперативное пособие в отсроченном порядке.

Наиболее перспективным направлением является применение BD-стентов при лечении доброкачественных стриктур пищевода. Имплантация данных стентов позволяет создать временный каркас на стадии заживления доброкачественных поражений слизистой оболочки пищевода, тем самым существенно снизить риск образования в последующем рубцовых стриктур.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы конференции Worldwide Workshops concerning the Biodegradable stent and Danis Stent method. Czech Republic June 24–26, 2011.
2. Мяукина Л.М. Эндопротезирование пищевода у неоперабельных больных // Сборник тезисов «Эндоскопическое эндопротезирование» под. ред. проф. Ю.И. Галлингера, М. – 2006. – С. 52–54.
3. Macdonald A.J. et al. Migration of metal esophageal stent. Endoscopy. – 2007. – Vol. № 39. – E190.
4. Saito Yasuharu. Usefulness of biodegradable stents constructed of poly-L-lactic acid monofilaments in patients with benign esophageal stenosis. World J Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13. – №.29. – P. 3977–3980.
5. Letackova Jana. Меморандум о биодegradирующем (рас-сасывающемся) пищеводном стенте "Ella-cs". Available at: <http://stents.ru/pub.php?op=view&stat=27>.

#### КОНТАКТЫ

Ганиев Рашит Фарирович – Клиника Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа, [rashit.ganiev@mail.ru](mailto:rashit.ganiev@mail.ru)

### 3. International Symposium on Complications in GI Endoscopy

How to diagnose, how to treat and how to prevent!

28-29  
June  
2013

Course Director:

Peter N Meier, Hannover/Germany