

Клинический случай успешного стентирования компрессионного стеноза трахеи с последующим стентированием неоперабельного опухолевого стеноза пищевода

О.А. Нагорная, В.А. Куква, Г.Ф. Паламарчук, К.В. Колокольникова

Городской клинический онкологический диспансер (ГКОД), Санкт-Петербург, Россия

Оказание медицинской помощи неоперабельным онкологическим больным продолжает оставаться сложной проблемой, особенно при сочетанном поражении органов дыхания и пищеварения.

В арсенале эндоскопических методов, применяющихся у больных неоперабельным раком пищевода, имеются такие, как внутрипросветная хирургия с использованием аргоноплазменной коагуляции или высокочастотной электрокоагуляции в сочетании со стентированием и брахитерапией.

Больным раком пищевода с вторичным поражением трахеи и нарастающей дыхательной недостаточностью в результате компрессионного стеноза для предупреждения асфиксии и восстановления проходимости дыхательных путей требуется срочная эндоскопическая помощь.

В соответствии с клинико-анатомической классификацией стенозов трахеи по Н.И. Перельману 1972 г. различают три степени сужения:

стеноз 1 степени (компенсированный – сужение просвета трахеи на 1/3);

стеноз 2 степени (субкомпенсированный – сужение просвета трахеи от 1/3–2/3);

стеноз 3 степени (декомпенсированный – сужение просвета трахеи более, чем на 2/3).

стеноз трахеи первой степени клинически проявляется не резко выраженным затруднением дыхания. При второй степени дыхание осуществляется с участками вспомогательных мышц. У больных со стенозом третьей степени – инспираторная одышка, стридор, вынужденное положение тела. При дальнейшем прогрессировании стеноза наступает асфиксия.

С учетом профиля учреждения, в условиях эндоскопического отделения ГКОД процедура стентирова-

ния пищевода входит в перечень рутинных манипуляций: опыт составляет 180 случаев в период с 2010 по 2012 гг., однако необходимость в стентировании трахеи встречается реже, и за указанный период их выполнено 17.

Приводим наше наблюдение из истории болезни пациентки, которой по жизненным показаниям было выполнено стентирование компрессионного стеноза трахеи III ст. с последующим стентированием пищевода.

Пациентка П., 75 лет, с января 2013 г. предъявляет жалобы на кашель, нарастающую одышку. Лечилась амбулаторно по поводу обструктивного бронхита. В связи с нарастающей одышкой госпитализирована в многопрофильный стационар для дообследования.

На спиральной компьютерной томографии органов грудной полости от 26.03.13 г.: определяется 2 мягкотканых образования (58x66x37 мм) и (46x35x35 мм) от уровня тела C7 до тела Th3 и от Th4 до Th7, разделенные S-образно изогнутым пищеводом. Верхнее образование частично прилежит к брахиоцефальному стволу и правой подключичной артерии без их прорастания, деформирует стенку трахеи, сужая ее просвет на 2/3, оттесняет пищевод влево. Второе образование смещает пищевод вправо, прилежит к передней стенке нисходящей аорты, непарной вене и левой легочной артерии без прорастания их. Многочисленные внутригрудные л/у: паратрахеальные слева и справа, аортопульмональные, бифуркационные. Просветы доловых и сегментарных бронхов сохранены.

Выполнена ЭГДС: эндоскопическая картина стенозирующей опухоли грудного отдела пищевода. Произведена биопсия. Гистологическое заключение №3173: плоскоклеточный ороговевающий рак.

Выполнены УЗИ брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография головного мозга, сцин-

тиграфия осевого скелета: данных об отдаленных метастазах не получено.

После осмотра заведующей торакальным отделением ГКОД рекомендовано оценить возможность стентирования трахеи с последующим стентированием пищевода.

При поступлении в ГКОД предъявляет жалобы на мучительный кашель, осиплость голоса, одышку, нарушение глотания (проходит только вода), чувство «кома» за грудиной, снижение массы тела, нарушение сна. Состояние больной тяжелое: находится в вынужденном положении ортопноэ, кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. ЧДД 26 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 100 в мин. ECOG 3.

При трахеобронхоскопии (09.04.13 г.) на расстоянии 5 см ниже истинных голосовых складок выявлен щелевидный стеноз трахеи (III ст.) на протяжении 6 см, обусловленный выбуханием мембранозной стенки в просвет из-за сдавления извне. Слизистая оболочка трахеи в области выбухания без инфильтративных изменений. Бифуркация трахеи умеренно расширена. Главные, долевые и сегментарные бронхи сохраняют обычную конфигурацию, заполнены большим количеством слизистого секрета. Выполнена санация трахеобронхиального дерева.

Заключение: Компрессионный стеноз трахеи III степени с нарушением дренажной функции бронхов.

При эзофагогастроскопии от 09.04.13 г. гастроскопом фирмы OLYMPUS GIF – N 180 ($d=0,6$ см) было выявлено сужение просвета пищевода до 0,4 см на протяжении 6 см (от 23 см до 29 см от верхних резцов) за счет экзофитно-инфильтративного роста опухоли. В желудке и двенадцатиперстной кишке просвет и слизистая не изменены.

Заключение: Рак грудного отдела пищевода со стенозом.

Для оценки взаимного расположения трахеи, пищевода и значительно увеличенных лимфатических узлов была выполнена ротационная рентгенография с 3D-реконструкцией.



Рис. 1. Эндоскопическая картина компрессионного стеноза трахеи III ст. в средней трети

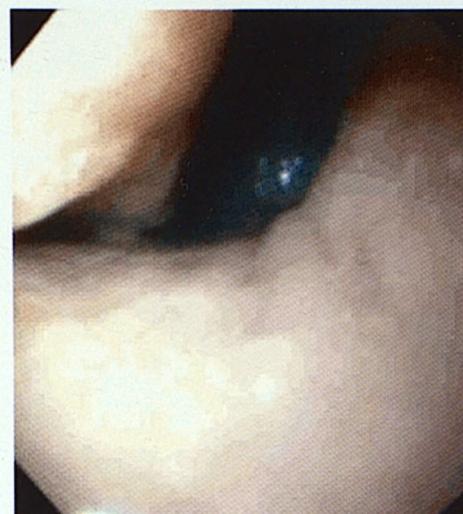


Рис. 2. Эндоскопическая картина проксимальной границы опухоли



Рис. 3. Эндоскопическая картина дистальной границы опухоли

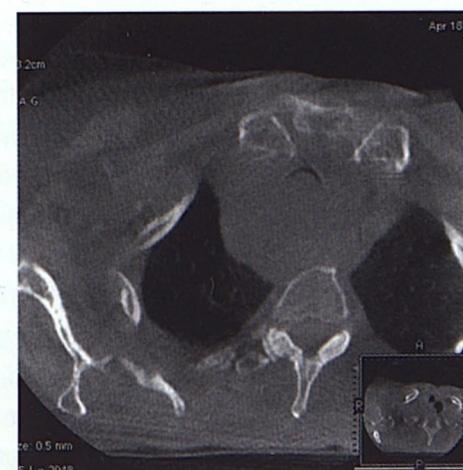


Рис. 4. Сдавление трахеи в виде щели

Вопрос о тактике лечения данной пациентки решался консилиумом врачей ГКОД в составе торакальных хирургов, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов, рентген-хирургов.

Учитывая выраженную дыхательную недостаточность вследствие компрессионного стеноза трахеи, решено было в срочном порядке выполнить стентирование трахеи саморасширяющимся стентом – эндопротезом для восстановления проходимости дыхательных путей и предупреждения асфиксии. Исходя из тяжести со-



Рис. 5. А – деформация и сужение просвета пищевода, Б – конгломерат лимфатических узлов средостения

стояния, выраженной дыхательной недостаточности и вынужденного положения пациентки (ортопноэ), стентирование выполнялось под местной анестезией (Sol. Lidocaini 2%) в присутствии анестезиолога-реаниматолога, осуществлявшего контроль витальных функций в условиях рентген-операционной двумя эндоскопистами через оба носовых хода с целью визуального определения границ сдавления и непосредственного контроля за процессом постановки стента. Для стентирования был выбран нитиноловый саморасширяющийся стент HANAROSTENT NTS диаметром 18 мм длиной 80 мм фирмы M.I. Tech (Ю. Корея).

После установки стента в трахею состояние больной значительно улучшилось – дыхание стало свободным, исчез цианоз носогубного треугольника, ЧДД составляло до 18 в мин. Пациентка смогла находиться в горизонтальном положении, нормализовался сон. Однако из-за невозможности приема пищи она оставалась резко ослабленной. Зондовое питание больной при выраженному стенозировании пищевода было практически невозможным, а от чрезкожной эндоскопической гастростомии больная категорически отказалась. В такой ситуации решено было на следующие сутки выполнить стентирование пищевода.

12.04.13 г. по стандартной методике выполнено стентирование пищевода саморасправляющимся нитиноловым стентом HANAROSTENT HES диаметром 18 мм длиной 110 мм (по определенным ранее размерам). При контрольном осмотре стало очевидным, что раскрывшиеся трахеальный и пищеводные стенты сметали конгломерат лимфоузлов, за счет чего появилось выбухание стенки пищевода на протяжении 3 см, с неизменной слизиситой над проксимальным краем установленного стента. Просвет пищевода в этой области был несколько деформирован, но свободно проходил



Рис. 6. Проведение проводника в правый главный бронх



Рис. 7. Проведение стента за нижнюю границу сдавления



Рис. 8. Просвет нижней трети трахеи после стентирования: визуализируется дистальный край стента



Рис. 9. Трахеальный стент в боковой проекции

для аппарата фирмы OLYMPUS. Необходимости в ре-стентировании нет.

ВЫВОДЫ

Последовательное стентирование трахеи и пищевода у данной больной было методом выбора. Наличие двух стентов уменьшало риск аспирационных осложнений. Проведенное эндоскопическое лечение вре-



Рис. 10. Трахеальный стент в поперечном срезе

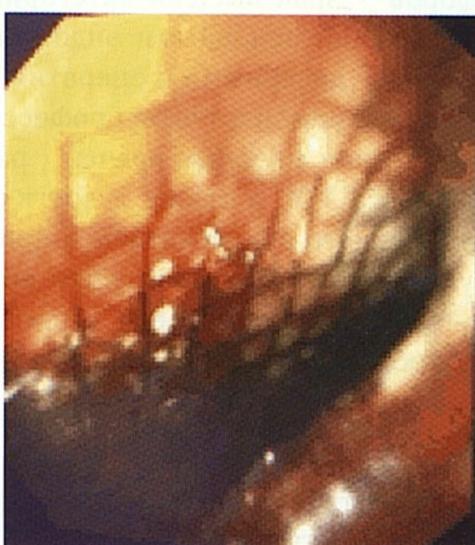


Рис. 11. Эндоскопическая картина после стентирования пищевода. Четко виден овальный просвет стента

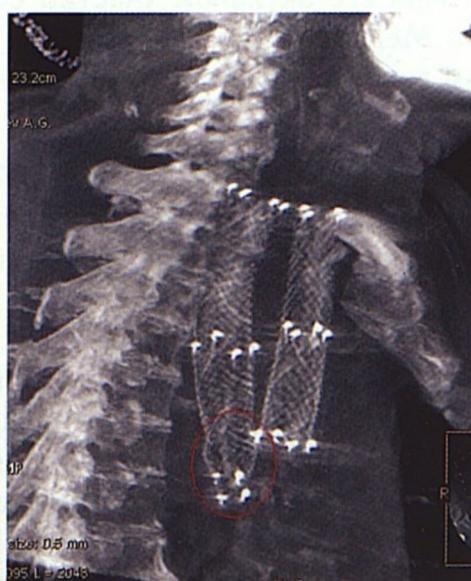


Рис. 12. Взаимное расположение раскрытых стентов в сагиттальной плоскости. Четко видна деформация дистальной трети пищеводного стента

менно (в течение месяца) улучшило качество жизни пациентки.

При необходимости последовательного стентирования замеры длины второго (пищеводного) стента следует проводить после постановки трахеального, так как



Рис. 13. Взаимное расположение раскрытых стентов в поперечном срезе

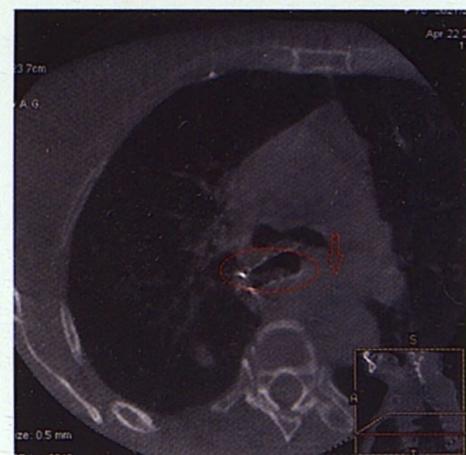


Рис. 14. Деформированный дистальный отрезок пищеводного стента за счет конгломерата лимфоузлов

невозможно предвидеть поведение тканей под воздействием раскрывшегося ранее установленного стента.

Положительный результат в этом клиническом случае обусловлен совокупностью факторов: в первую очередь мультидисциплинарным подходом к проблеме, правильным выбором метода анестезии, положения пациента, доступа (симультанно трансназально). Сама манипуляция заняла не более 5 минут благодаря слаженной и быстрой работе двух эндоскопистов.

Каждый клинический случай стентирования требует сугубо индивидуализированного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Havemann MC, Adamsen S, Wøjdemann M. Malignant gastric outlet obstruction managed by endoscopic stenting: a prospective single-centre study// Scand J Gastroenterol. 2009;44(2):248-51.
2. Peng Z, Xu S, Li H, Sun C, Fu M. Metallic expandable stents in the management of malignant tracheal stenosis due to esophageal cancer with lymph node metastasis// Oncol Lett. 2013 Nov;6(5):1461–1464.
3. Русаков М.А. Эндоскопическая хирургия опухолей и рубцовых стенозов трахеи и бронхов – М., 1999.
4. В.Ю. Муравьев, А.И. Иванов. Стентирование пищевода, кардии и трахеи при доброкачественных и злокачественных поражениях. (http://www.stents.ru/stenting_esophagus_cardia_and_trachea_in_benign_and_malignant_lesions.php)