

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ ПРИ СТЕНОЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Березницкий Я. С., Гапонов В. В., Сулима В. Ф., Малиновский С. Л., Ющенко И. В.
Днепропетровская государственная медицинская академия

Представлен опыт имплантации металлических саморасширяющихся стентов у 12 человек. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты стентирования стенозов колоректальных анастомозов. Установлено, что наиболее оптимальным методом для предупреждения рестенозирования является имплантация стентов с покрытием. Усовершенствована методика имплантации стентов, позволяющая в случае необходимости смещать либо извлекать его без повреждения конструкции и травмы стенки кишки.

Ключевые слова: колоректальные анастомозы, рубцовые стриктуры, стентирование.

Современная хирургическая стратегия при онкологических заболеваниях прямой и ободочной кишки направлена на выполнение одномоментных сфинктеросохраняющих операций, позволяющих сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и удерживающую функцию анального жома [1, 4, 7]. Формирование стриктур колоректальных (колоанальных) анастомозов в послеоперационном периоде значительно ухудшает функциональные результаты выполненных сфинктеросохраняющих операций. Тактика лечения рубцовых стриктур зависит от их локализации, протяженности и формы суженного канала. Не менее важной задачей является предупреждение рестенозирования [2, 7, 8]. В последнее время для предупреждения рестенозирования и расширения опухолевого стеноза применяются металлические саморасширяющиеся стенты различной конструкции [3, 6].

Цель работы. Проанализировать результаты стентирования при стенозах колоректальных анастомозов и усовершенствовать методику имплантации стентов.

Материалы и методы

За период с 2003 по 2011 г. в проктологическом отделении городской клинической больницы № 6 г. Днепропетровск, которая является клинической базой кафедры хирургии № 1 ДГМА, под наблюдением находилось 12 пациентов, которым были имплантированы металлические саморасширяющиеся стенты, изготовленные медицинским центром «Эндомед» (регистрационное свидетельство № 767(99)). В 11 случаях стенты установлены в рубцовые стриктуры, сформировавшиеся после выполнения сфинктеросохраняющих операций. У 1 пациентки стент имплантирован в опухолевый стеноз при неоперабельном раке прямой кишки. Для определения степени сужения и его протяженности выполняли паль-

цевое исследование, осмотр ректальным зеркалом, ректороманоскопию, фиброколоноскопию, проктографию. Для более точного определения локализации и протяженности стенозов использовали изготовленное нами приспособление (декларационный патент № 3005 от 15.09.04). При определении лечебной тактики обязательно выполняли гистологическое исследование ткани стриктуры для исключения рецидива опухоли.

Результаты и их обсуждение

Наши наблюдения за больными с рубцовыми стенозами колоректальных (колоанальных) анастомозов показали, что в отдаленном периоде после выполнения реканализации стенозов имеется тенденция к рестенозированию. Для профилактики рестенозирования и избавления больных от многократных и неприятных процедур бужирования нами с 2003 г. в рубцовые стенозы имплантировано 8 стентов без покрытия.

Перед имплантацией выполняли реканализацию стенозов с формированием канала до 22–25 мм, этого достаточно для адекватного пассажа кишечного содержимого [5]. Подбор стентов осуществлялся с учетом диаметра и протяженности сужения. Продольный размер стента с каждой стороны превышал длину стеноза на 10 мм, диаметр стента был больше сформированного при реканализации канала на 10 мм. Стент помещали в дистальный край ПХВ трубки диаметром 10 мм, которая являлась контейнером для подачи стента. В контейнере к стенту подводился толкатель. На трубку-контейнер наносили отметки соответствующие верхней и нижней границам стеноза, на толкатель наносили отметку соответствующую длине верхней фиксирующей части стента. Контейнер вводили за верхнюю границу стеноза и с помощью толкателя выводили верхнюю фиксирующую часть стента. Затем толкатель фиксировали рукой и по нему низво-

дили контейнер, таким образом, выводя основную часть стента в стеноз. Контроль правильности установки и фиксации стентов осуществляли с помощью пальцевого исследования, рентгенологически и эндоскопически.

Наблюдение за больными с имплантированными стентами в сроки от 1 месяца до 5 лет показало, что просвет канала сохранялся до 20 мм. При обследовании 2 пациентов через 6 и 7 лет после имплантации стентов установлено, что рубцовая ткань проросла через конструкцию стента, уменьшив просвет до 15–18 мм в диаметре. Однако пациенты чувствовали себя удовлетворительно, жалоб на нарушение опорожнения кишечника не предъявляли. У одного пациента через 8 лет после имплантации стента развилась клиника кишечной непроходимости на фоне приема пищи, богатой шлаками, по поводу которой в другом лечебном учреждении ему была выведена илеостома. При обследовании этого больного было выявлено, что над верхней границей стента разрослась рубцовая ткань по типу клапана, ниже рубцовая ткань проросла через стент, сузив просвет до 12–15 мм.

Анализ отдаленных результатов стентирования показал, что целесообразней использовать стенты с покрытием. Такая конструкция стента предотвращает его прорастание и позволяет сохранить просвет, сформированный при реканализации. С 2010 г. нами имплантировано 4 стента с покрытием. У троих пациентов такие стенты установлены в рубцовые стенозы. Больному с илеостомой, выведенной по поводу кишечной непроходимости, покрытый стент после бужирования сужения имплантирован на уже стоящий непокрытый стент с захватом выше расположенного разрастания рубцовой ткани. Контроль установки стента проводился с помощью проведенного через илеостому фиброколоноскопа. После имплантации стента этому пациенту произведено восстановление проходимости кишечника. Одной пациентке с запущенным неоперабельным раком прямой кишки, стент с покрытием установлен в опухолевый стеноз протяженностью до 7 см, это позволило сохранить просвет до 15–18 мм в диаметре.

При наблюдении за больными с имплантированными покрытыми стентами в сроки от 1 до 9

месяцев осложнений со стороны стентированной кишки отмечено не было, нарушений пассажа кишечного содержимого не наблюдалось, пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

На этапе освоения имплантации саморасширяющихся стентов мы столкнулись с такой проблемой, что извлечь стент при его неправильной установке либо при временной установке невозможно без повреждения целостности его конструкции. Эти повреждения делают стент непригодным для дальнейшего использования. Для того чтобы стент можно было извлекать без повреждений, через нижнюю часть конструкции стента по двум полуокружностям мы проводили 2 длинные синтетические нити. При установке стента в контейнер концы этих нитей через просвет контейнера и толкателя выводились наружу. В дальнейшем, после имплантации стента, если возникала необходимость сместить его вниз либо извлечь, мы выполняли тракцию за нити. Тракция за нити приводит к конусовидному смыканию нижней части конструкции стента, что позволяет без сопротивления и повреждения стенки кишки сместить либо полностью извлечь стент. Данное усовершенствование позволило нам в 2 случаях сместить стент вниз при его высокой установке, в 3 случаях – переустановить и у одной больной извлечь при временном его использовании. В дальнейшем после правильной установки и фиксации стента нити срезались и извлекались.

Выводы

Таким образом, имплантация саморасширяющихся металлических стентов в сформированный после реканализации канал позволяет длительно, без повторных сеансов бужирования сохранять адекватный просвет стенозированного участка кишки. Использование стентов с покрытием предотвращает прорастание ткани (рубцовой либо опухолевой) через конструкцию стента и тем самым позволяет предупредить рестенозирование в отдаленном периоде. Использование нашего усовершенствования при установке стентов позволяет, при необходимости, смещать вниз либо извлекать стент без нарушения его целостности и повреждения стенки кишки.

Литература

1. Агавелян М. А., Агавелян А. М. Лечение рака дистального отдела прямой кишки // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. Одесса, 18–20 мая 2011 года. – С. 63–64.
2. Багдасарян Л. К., Багдасарян С. Л. Пневмодилатация при лечении стриктур прямой кишки // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран
3. Бойко В. В., Белозьоров І. В., Грома В. Г. Спосіб лікування гострої обтураційної непрохідності товстого кишечника пухлинного генезу // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2 (29). – С. 244–247.
4. Даценко Б. М., Даценко А. Б., Кириллов А. В., Мохамед А. Г. Оперативно-тактические аспекты низких резекций прямой кишки // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов

- Украины с участием стран центральной и восточной Европы. Одесса, 18–20 мая 2011года. – С. 110–111.
5. Кузьмин А. М., Веселов В. В., Нечипай А. М., Магомедова С. Ш. Стандартизация эндоскопической информации об анастомозах после колопроктологических операций // Рос. онкол. журн. – 2000. – № 5. – С. 35–38.
 6. Матвейчук Б. О., Рачкевич С. Л., Патер Я. З., Кушнирук О. И. Эндоскопическое стентирование при раке толстой кишки, осложненное кишечной непроходимостью // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. Одесса, 18–20 мая 2011года. – С. 337–338.
 7. Мельник В. М., Пойда А. И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 69–74.
 8. Муравьев А. В., Лысенко О. В., Никулин Д. Ю. Комплексное лечение стриктур прямой кишки // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. Одесса, 18–20 мая 2011года. – С. 476–477.

ДОСВІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ СТЕНТІВ ПРИ СТЕНОЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ

*Березницький Я. С., Гапонов В. В., Сулима В. П., Малиновський С. Л., Ющенко І. В.
Дніпропетровська державна медична академія*

Наведено досвід імплантації металевих стентів, що самовільно розширюються, у 12 хворих. Проаналізовані найближчі та віддалені результати стентування стенозів колоректальних анастомозів. Встановлено, що найбільш оптимальним методом попередження рестенозування є імплантація стентів з покриттям. Вдосконалена методика імплантації стентів, яка дозволяє, у випадку необхідності, зміщувати або вилучати стент без порушення його конструкції та травми стінки кишки.

Ключові слова: колоректальні анастомози, рубцеві стриктури, стентування.

EXPERIENCE AND RESULTS OF IMPLANTATION STENTS FOR STENOSES OF COLORECTAL ANASTOMOSES

*Berezhnitskiy Ya. S., Gaponov V. V., Sulyma V. P., Malinovskyj S. L., Yushenko I. V.
Dnipropetrovsk State Medical Academy*

Experience of implantation uncovered and covered self-extending of stents at 12 persons is presented. The nearest and remote results of stenting stenoses of colorectal anastomoses are analyzed. It is established that the optimal method for the prevention re-stenoses is implantation covered of stents. The implantation technique of stents allowing in case of need is improved to displace or take it without damage of a design and a trauma of a wall of a gut.

Keywords: colorectal anastomoses, stricture, of stenting.