

ДОСВІД СТЕНТУВАННЯ СТРАВОХОДУ

Бурій О.М., Терешкевич І.С., Мовчан Б.Б., Раздобудько Ю.М., Нежинець Н.В., Атаманський І.М.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Вступ

Дисфагія — основний симптом звуження просвіту стравоходу, що призводить до швидкого виснаження хворого [1, 4]. Найбільш частою причиною дисфагії є рак стравоходу різної локалізації [2, 6]. Поява симптомів порушення пасажу по стравоходу найчастіше свідчить про пізню стадію онкологічного процесу [5]. Дисфагія виникає при звуженні просвіту на 50-75%. Причини відмови від традиційного хірургічного лікування може бути як розповсюдження процесу, так і тяжкий стан хворого [8, 14].

До недавнього часу, єдиним виходом в таких випадках було виконання гастростомії, що викликало у хворого значний психологічний дискомфорт [3, 10]. До інших же причин дисфагії можна віднести рецидив раку чи доброякісні стриктури в ділянці стравохідних анастомозів, звуження просвіту стравоходу за рахунок компресії ззовні об'ємними новоутвореннями середостіння, а також рубцеві звуження стравоходу, кардіоспазм [13]. Одним з найбільш складних проблем є стравохідно-респіраторні норичі. Ефективним вирішенням проблеми дисфагії є стентування стравоходу [7, 9]. Дана процедура полягає в установці ендопротезу в ділянку звуження просвіту стравоходу з метою відновлення його прохідності. Ця методика отримала широке застосування у хворих з неоперабельним раком стравоходу [3, 6, 11]. Проте, отримані результати були і залишаються суперечливими, тому що крім позитивного ефекту у вигляді зниження ступеня дисфагії, після даної процедури виникає велика кількість ускладнень як під час стентування, так і в подальшому (перфорация стравоходу, зміна положення стента після його установки, руйнування стента, рецидив дисфагії за рахунок розростання пухлини або розростання грануляційної тканини, кровотеча) [1, 5, 12].

Таким чином, методика стентування вимагає подальшого дослідження з метою поліпшення її результатів, розширення показів до ендопротезування, а також з метою зменшення кількості ускладнень.

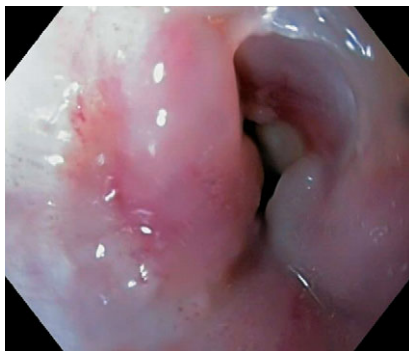


Рис. 1
Ендоскопічна картина стравохідно-трахеальної норичі та стриктури стравоходу

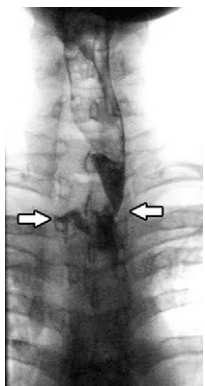


Рис. 2
Рентгенологічна картина стравохідно-трахеальної норичі та структури стравоходу



Рис. 3
Стентування стравоходу. Рентгенологічний контроль розміщення стента

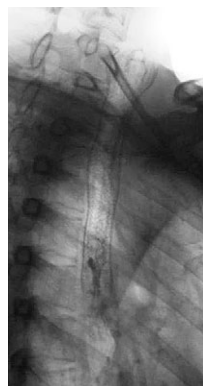


Рис. 4
Стентування стравоходу. Рентгенологічний контроль повноти розкриття стента

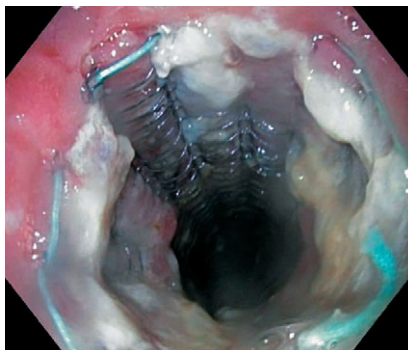


Рис. 5
Стан після ендоскопічного стентування

Матеріали та методи дослідження

В Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова за 2010-2012 рр. стентування виконано 18 хворим при різній патології стравоходу: 10 — неоперабельний рак стравоходу, 3 — неоперабельний рак кардіоезофагального переходу, 1 — синдром Бургава, 1 — недостатність лінійного степлерного шва після дивертикулектомії стравоходу, 3 — стравохідно-респіраторна норичія (2 — рак стравоходу з проростанням в трахею, 1 — пенетрація післяпроменевої виразки стравоходу). Серед пацієнтів переважали чоловіки — 15 хворих. Вік хворих коливався від 22 до 78 років.

До постановки стента всім пацієнтам проводили ендоскопічне (з біопсією) та рентгенологічне дослідження стравоходу, КТ органів грудної порожнини з метою визначення поширення ракового процесу, діаметру та довжини звуження, а також для локалізації дефектів стінки стравоходу.

Мінімальний діаметр звуження при стенозуючому раку стравоходу склав 5 мм, що не потребувало додаткового бужування для заведення доставочного пристрою в ділянку стентування. Дисфагія була різного ступеня: в 1 хворого була I ст., в 2 — II ст., в 6 — III ст. та в 4 — IV ст.

Використовували нітіноловий покритий саморозправляючий стент фірми *Boston Scientific* (США) довжиною 10-15 см з діаметром тіла 18 мм з проксимальною та дистальною непокритою антиміграційною частиною 23 мм в діаметрі. Стент встановлювали ендоскопічно у 15 випадках та комбіновано (ендоскопічно під рентгенологічним контролем) у 3, при цьому використовували металеву струну-провідник. Після постановки стента пацієнтам на 3-4 дні заводили в шлунок зонд для ентерального харчування. Це сприяло повному розкриттю стента і є профілактикою його міграції. При цьому хворим виключали прийом їжі через ротову порожнину.

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх випадках стентування стравоходу було успішним. Рентгенологічний контроль виконувався в день постановки стента та через 3-4 дні, у випадку повного його розкриття видаляли зонд для ентерального харчування і пацієнтам дозволяли прийом рідкої їжі через ротову порожнину.

Після стентування відмічали наступні ускладнення: у 15 (83,3%) хворих больовий синдром за грудиною, який куповано анальгетиками та спазмолітиками; у 2 (11,1%) хворих з раком кардіоезофагального переходу виникла шлунково-кишкова кровотеча, яка зупинена консервативно. У 1 (5,5%) пацієнта розвивався грануляційний стеноз проксимальної частини стента через 2 місяці, прохідність відновлено за допомогою аргонно-плазменної коагуляції. У 2 (11,1%) випадках виникла пізня (після виписки з стаціонару) дистальна міграція стента в шлунок, останні видалено інтраопераційно, так як пацієнти звернулися в клініку з повторним раковим стенозом стравоходу і ендоскопічне видалення стента було неможливим.

Клінічний приклад

Хворий К., 1986 р.н., поступив в клініку з скаргами на затруднене ковтання їжі, кашель під час прийому їжі, підвищення температури тіла до 38°С, схуднення. Хворіє близько 2 місяців. Пройшов курс променевої терапії з приводу лімфогранулематозу.

При ендоскопічному дослідженні на рівні 25 см від різців визначається звуження просвіту стравоходу до 5 мм в діаметрі, на рівні 24 см від різців по передній стінці стравоходу — дефект стінки до 3 мм в діаметрі (рис. 1).

При рентгенологічному дослідженні — в в/3 стравоходу визначається стравохідно-трахеальна норичія та стриктура 4-5 мм в діаметрі, довжиною 6 см (рис. 2).

Під рентгенологічним контролем за допомогою ендоскопу в шлунок заведено металеву струну-провідник, по якій проведено нітіноловий покритий саморозправляючий стент фірми *Boston Scientific* (США) довжиною 12 см з діаметром тіла 18 мм. Проксимальну частину стента встановлено на рівні 22 см від різців (початок стравоходу). При прийомі водорозчинного контрасту затікання останнього в дихальні шляхи не відмічено (рис. 3).

Пацієнту через стент в шлунок заведено зонд для ентерального харчування, прийом їжі через ротову порожнину виключено. На 4 день після постановки протеза виконано рентгенологічний контроль: стент розкрився повністю, зонд для ентерального харчування видалено, хворому дозволено приймати рідку їжу через ротову порожнину (рис. 4).

На наступний день пацієнта виписано на амбулаторне лікування, за місцем проживання. При повторному огляді в клініці через 4 міс, при ендоскопічному та рентгенологічному дослідженні, стент розташований в зоні норичі та стриктури, прохідність по ньому не порушена (рис. 5). Рекомендовано контрольний огляд в клініці через 3 місяці для вирішення питання про видалення стента.

Висновки

1. Ендоскопічне стентування показане при запущених формах раку стравоходу, езофагореспіраторних норичіях різної етіології, стенозах і неспроможностях стравохідних анастомозів, доброякісних захворюваннях стравоходу.
2. На вибір стента впливають такі чинники, як локалізація, протяжність та діаметр стриктури, що дозволяють вибрати оптимальний стент для даного патологічного процесу.
3. Методом вибору є ендоскопічна установка стента, яка дозволяє під візуальним контролем адекватно встановити стент, а також уникнути променевого навантаження на персонал.

Література

1. Aabakken L. (2003) Endoscopic Tumor Diagnosis and Treatment. 35: 887-890
2. Baron T.H. (2007) Minimizing endoscopic complications: endoluminal stents. *Gastrointestinal Endoscopy*. 17: 83-104
3. Bazerbashi S. (2008) Stented Esophageal Transfixion Injury. *Annals of Thoracic Surgery*. 86: 1367-1369
4. Eisendrath P., Cremer M., Himpens J., et al. (2007) Endotherapy including temporary stenting of fistulas of the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy*. 39: 625-630
5. Govender P., McAuley G., Murphy C., et al. (2007) Small bowel obstruction — an unusual complication of oesophageal stent migration. *British Journal of Radiology*. 80: 767-768
6. Herth F.J., Becker H.D., Ernst A. (2003) Nitinolstent implantation for malignant tracheo-oesophageal fistula: a prospective study. *Chest*. 31: 438-441
7. Homs M.Y.V., Steyerberg E.J., Kuipers A., et al. (2004) Repeat intervention after palliative esophageal stenting. *Endoscopy*. 36: 880-886
8. Ison H.D. (2007) Surgery after primary chemoradiotherapy in squamous cancer of the esophagus: is the photon mightier than the sword? *Journal of Clinical Oncology*. 10: 1155-1156
9. Ladurner R., Schulz C., Jacob P., et al. (2007) Surgical management of esophagotracheal fistula. 39: 341-342
10. Lee K.M., Choi S.J., Kim J.H., et al. (2008) Comparison of uncovered and covered stent for endoscopic treatment of inoperable, malignant gastroduodenal obstruction. *Gastrointestinal Endoscopy*. 5: 67-69
11. Moxey P.W., Khan A.Z., Karanjia N.D. (2007) Small-bowel perforation caused by migrated duodenal stent. *Endoscopy*. 39: 54
12. Ragnauth K. (2008) Refractory benign esophageal strictures: extending the role of expandable stents. *American Journal of Gastroenterology*. 103: 1-2
13. Ross W.A., Lee J.H. (2008) Endoscopic approach to tracheo-oesophageal fistulas in adults. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. 10: 155-163
14. Shin J.H., Song H.Y., Kim S.B., et al. (2008) Management of airway involvement of oesophageal cancer using covered retrievable nitinol stents. *Clinical Radiology*. 1: 8-11