

Стенты различных конструкций при лечении опухолевого стеноза пищевода.

Новиков В.Н., Ложкина Н.В., Нагаев А.С., Иванюк А.С.

Пермская государственная медицинская академия, г. Пермь

Цель исследования: сравнительная оценка клинической эффективности линейных и нитиноловых пищеводных эндопротезов.

Материал и методы исследования

За период с 2004 по 2007 год нами изучены результаты эндопротезирования пищевода у 66 пациентов, которые разделены на 2 группы. Первая группа - 44 пациента, которым установлены протезы производства ЗАО «Медсил» в возрасте от 44 до 79 лет (31 мужчина и 13 женщин), вторая группа – 22 больных, которым установлены саморасправляющиеся металлические стенты «Ella-cs» в возрасте от 52 до 75 лет (16 мужчин и 6 женщин).

Показанием для эндопротезирования пищевода послужили: неопластический стеноз (29 больных из первой группы и 15 - из второй), несостоятельность пищеводно – желудочного и пищеводно - тонкокишечного анастомозов, трахео - или бронхо - пищеводный свищ (2 - из первой группы и 4 - из второй), неопластический стеноз пищеводно – тонкокишечного анастомоза (4 - из первой группы и 1 – из второй) и пищеводно - желудочного анастомоза (4 - из первой группы), компрессия пищевода первичной или вторичной опухолью средостения (1 - из первой группы и 2 – из второй), пептическая рубцовая стриктура пищевода (8 - из первой группы и 1 - из второй).

Результаты и их обсуждение

Осложнения и технические погрешности во время установки протектора отмечены у 1 больного из первой группы (2,3%) и 1 из второй (4,5%). У 1 - перфорация грушевидного синуса пластиковым трубчатым эндопротезом (использовалась мягкая направляющая струна). Излечен консервативно. У 1 пациента после установки нитинолового стента воронка его располагалась на уровне пищеводно – глоточного перехода (верхняя граница суженной зоны на 2,5 см дистальнее перехода), что потребовало удаления протеза. Через двое суток выполнена успешная протекция линейным стентом 10 x 120 мм.

В раннем периоде после установки протеза (2 – 5 дней) у 3 пациентов (6,8%) отмечено смещение трубчатого устройства, что потребовало его низведения с помощью полого бужа по проведенной через просвет эндопротеза и суженную зону направляющей струне. Миграция нитинолового стента дистальнее неопластического сужения эзофагоэюноанастомоза, что потребовало его удаления, зафиксировано у 1 нашей больной (4,5%). Причиной миграции во всех случаях считаем неравномерность сужения пищевода и наличие подвижной стенки.

У всех наших пациентов в течение трех суток после вмешательства отмечались малоинтенсивные боли за грудиной, которые у 38% потребовали медикаментозного обезболивания.

Поздние осложнения отмечены нами у 7 больных из первой группы (15,9%) и у 1 (4,5%) из второй:

- смещение линейного стента в проксимальном направлении из-за давления опухолевой ткани зафиксировано у 1 пациента, что потребовало удаления протеза;
- миграция трубчатого протектора дистальнее эзофагоэюноанастомоза и перфорация тонкой кишки, что потребовало хирургического лечения, имела место у 1 больного;
- окклюзия просвета линейного протеза пищевыми массами, которая ликвидирована при фиброгастроскопии, была у 3 наших пациентов;
- образование пищеводно - бронхиального свища в области проксимальной воронки эндопротеза в результате экспансии новообразования определено у 2 больных из первой группы

(дальнейшая протекция назогастральным зондом) и у 1 - из второй (установка второго эндопротеза с перекрытием устья свища).

Сразу же после установки линейного эндопротеза больные имели возможность питания жидкой и полужидкой пищей, а при установке нитинолового стента – обычной.

Выводы:

1. Эндопротезирование пищевода представляет собой эффективный метод лечения больных со стенозом пищевода опухолевой природы и является альтернативой гастростомии.
2. Саморасправляющиеся эндопротезы имеют функциональное преимущество перед линейными силиконовыми - больший внутренний диаметр, выпускаются в большем количестве вариантов протяженности и величины внутреннего просвета, перспективно их применение при лечении пищеводных свищей.