

УДК616.321-008.17-08:616.329-006.6-035.2-08

*А.А. Полежаев, А.Н. Тутолмина, О.В. Перерва,  
А.Ю. Миротворцева, О.А. Семенов*

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ**

Владивостокский государственный медицинский университет,  
Приморский краевой онкологический диспансер  
(г. Владивосток),  
Дальневосточный окружной медицинский центр  
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: дисфагия, рак пищевода,  
эндопротезирование, стент.*

Большее половины больных раком пищевода поступает в лечебные учреждения с III—IV стадией заболевания [3—8]. Почти 80% пациентов составляют лица старше 50 лет, большинство из которых имеют тяжелые сопутствующие заболевания. В связи с этим из всех случаев рака пищевода и рака желудка с переходом на пищевод выполнить резекцию удается менее чем у половины из них. Поэтому актуальной проблемой является разработка паллиативных методов разрешения злокачественной дисфагии, позволяющих восстановить пероральное питание и улучшить качество жизни. Одним из наиболее перспективных здесь в настоящее время является эндоскопический метод. В клинической практике у больных со злокачественным стенозом пищевода применяются три классические эндоскопические процедуры — дилатация, реканализация (электролазерная деструкция, аргоноплазменная коагуляция, фото динамическая терапия) и введение эндопротеза [2, 9—14].

За 2005 г. в отделении торакальной хирургии ПКОД эндопротезирование было выполнено 19 больным с местно-распространенным раком пищевода в возрасте от 40 до 68 лет (17 мужчин и 2 женщины). Среди гистологических форм чаще встречался плоско клеточный рак (16 случаев), у трех больных была аденокарцинома. Протяженность опухоли варьировала от 2 до 15 см.

У 10 пациентов новообразования локализовались в грудном отделе пищевода, у 6 — в абдоминальном, в 3 случаях диагностирован кардиоэзофагальный рак. Для оценки степени сужения пищевода применялась классификация Ю. Галленгера и Э. Годжелло [1]. Во всех случаях констатирован высокий уровень стеноза (3—4 ст.), ведущий к нарушениям обменных процессов в организме из-за нарастающей дисфагии. Наблюдалась зависимость степени сужения от распространенности опухоли по окружности пищевода: у 18 из 19 больных опухоль циркулярно поражала все слои органа и лишь у одного пациента охватывала 3/4 окружности. Циркулярный рост новообразования наблюдался в 100% случаев. Всем больным перед операцией была

выполнена фиброэзофагогастроскопия для уточнения границ опухолевого процесса и установки в желудок зонда для энтерального питания. В продолжение недели пациенты получали зондовое питание.

Эндопротезирование осуществлялось двумя типами протезов — трубчатые пластиковые протезы и саморасправляющиеся металлические стенты. Опыт использования последних, к сожалению, ограничен из-за их высокой стоимости. После восстановления водно-электролитного баланса и устранения симптомов кахексии 14 больным было выполнено интраоперационное эндопротезирование (стентирование) пищевода. Использовали трубчатые пластиковые стенты фирмы Medsil усиленной структуры, позволяющие сохранять просвет пищевода диаметром 0,9—1,2 см. Операции выполнялись под общим обезболиванием. После верхнесрединной мини-лапаротомии (4—6 см) дистальный конец желудочно-го зонда вводили через гастротомическое отверстие. К оральному концу зонда фиксировали стент. Затем хирург под контролем эзофагоскопии медленно осуществлял тракцию за дистальный конец зонда до того момента, пока раструб эндопротеза не достигал верхнего края опухоли. При попытке последующих тракций чувствовалось значительное сопротивление.

В результате эндопротезирования пищевода дисфагия была устранена у всех 14 больных. У одного из них через неделю после стентирования развилась временная обтурация стента комком пищи, который был извлечен эндоскопически. Пройдемость стента восстановилась. Во всех случаях проводилась послеоперационная полихимиотерапия.

У 2 пациентов через 5 месяцев после операции развился рецидив дисфагии за счет продолжительного роста опухоли ниже дистального конца стента. Одному из этих больных была наложена гастростома, а у другого пациента опухоль удалось уменьшить с помощью лазерных лучей.

От прогрессирования основного заболевания в течение 3 месяцев после эндопротезирования умерло 3, в течение 6 месяцев — 5 больных. К настоящему времени живы 6 пациентов, срок наблюдения после стентирования составил 1, 2,5, 3,5, 5, 8,5 и 9 месяцев.

Эндопротезирование металлическими саморасправляющимися стентами было выполнено 5 пациентам. Для этой цели использовали Gianturko Z-стент фирмы Wilson-Cook. На подготовительном этапе для формирования канала, необходимого для установки стента, в 2 случаях применяли бужирование. Его осуществляли с помощью рентгеноконтрастных полихлорвиниловых бужей типа Savary 12—40 Fg (диаметр 4—13 мм). Эндопротезирование выполнялось под рентгеновским контролем с предварительной премедикацией 1 мл 2% раствора промедола. Имплантация в пищевод стентов проводилось по рекомендуемой фирмой методике.

Стентирование было технически успешно у всех 5 больных. В первые сутки после процедуры дисфагия

I степени отмечена только в 1 случае, остальные 4 пациента не жаловались на какие-либо неприятные ощущения при приеме пищи. У одного больного возникли боли и дискомфорт за грудиной, которые купировались самостоятельно в продолжение месяца.

Двое больных из этой группы умерли через 2 и 3 месяца от прогрессирования основного заболевания, при этом нарушения проходимости стента у них не отмечалось. Трое больных к настоящему времени живы, срок наблюдения после стентирования составил 2,5, 4 и 6,5 месяца соответственно, проявлений дисфагии за период наблюдения не отмечено.

Таким образом, эндопротезирование адекватно восстанавливает энтеральное питание у больных с местно-распространенным раком пищевода, обеспечивая улучшение качества жизни в первые месяцы после операции и позволяет проводить химиолучевое лечение.

#### Литература

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. *Оперативная эндоскопия пищевода*. — М., 1999.
2. Долгушин Б.И., Черкасов В.А., Литвинов Р.П. // *Мед. визуализация*. — 2002. — №4. — С. 60–67.
3. Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. // *Совр. онкология*. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 72–78.
4. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верещагин В.Г. // *Паллиативная медицина и реабилитация*. — 2003. — №2. — С. 88–89.
5. Соколов В.В., Мамонтов А.С., Чиссов В.И. и др. // *Сб. тезисов 6-го Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии*. — М., 2002. — С. 355–356.
6. Странадко Е.Ф., Мешков В.М., Толстых М.П. // *Рос. онкол. журн.* — 2000. — № 6. — С. 39–42.

7. Щербаков А.М., Симонов Н.Н., Канаев С.В. и др. // *Практическая онкология*. — 2003. — Т.4, № 2. — С. 91–98.
8. Щербаков А.М., Аванесян А.А. // *Рос. онкол. журн.* — 2005. — №1. — С. 54–56.
9. Shimi S.M. // *Semin. Laparosc. Surg.* — 2000. — Vol. 7, No. 1. — P. 9–21.
10. Guitron A., Adalid R., Barinagarrementeria R. et al. // *Rev. Gastroenterol. Mex.* — 1998. — Vol. 63, No. 4. — P. 198–203.
11. Siersema P.O., Hop W.C., Dees J. et al. // *Gastrointest. Endosc.* — 1998. — Vol. 47, No. 2. — P. 113–120.
12. Mayoral W., Flelscher D., Salcedo J. et al. // *Gastrointest. Enclose.* — 2000. — Vol. 51, No. 5. — P. 556–559.
13. Iwasaki Y., Nakajima Y., Nosaka S. et al. // *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi.* — 1996. — Vol. 58, No. 14. — P. 1071–1072.
14. Congoy T., Kaminsky M.C., Peiffert D. et al. // *Rev. Med. Intern.* — 2000. — Vol. 21, No. 1. — P. 58–73.

Поступила в редакцию 13.09.05.

#### RESTORATION OF THE ESOPHAGUS AT THE INOPERABLE CANCER BY STENTING

A.A. Polezhaev, A.N. Tutolmina, O.V. Pererva, A. Yu. Mirovtortseva, O.A. Semenov  
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Oncological Clinic, Far Eastern Medical Center (Vladivostok)  
Summary — The first experience of the esophagus stenting at oncological patients is generalized. In 14 cases the prosthetics by plastic stent, in 5 — by metal Z-stent is done. 10 patients have died of progressing of the oncological process within 9 months. Authors mark, that eno-prothesis adequately restores enteral feeding at patients with the local-spread esophagus cancer, providing improvement of quality of life in the first months after surgery, and allows carrying out the chemotherapy and radiology treatment.

*Pacific Medical Journal*, 2005, No. 4, p. 73–74.

УДК618.11+618.14+618.19]-006.6-035.2-02-07(571.62)

И.А. Марущак, В.Г. Дьяченко

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ХАБАРОВСКА

Родильный дом № 4 (г. Хабаровск),  
Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

*Ключевые слова:* злокачественные новообразования, диагностика.

Существующая амбулаторно-поликлиническая система диагностических и профилактических мероприятий по выявлению рака на ранних стадиях, реализуемая на Дальнем Востоке в последние годы, является малоэффективной — регулярные и обязательные профилактические осмотры проходят только 32–37% женского населения. Первичная диагно-

стика рака яичников, рака молочной железы и рака тела матки смещена в стационары [1, 2]. В структуре амбулаторной гинекологической помощи отсутствует направление, связанное с проблемой перименопаузы, где реализуется наиболее значимая патология, на долю которой приходится более 70% причин женской смертности, в том числе от запущенных форм рака женских половых органов [3]. Отсутствуют программы гинекологической помощи данной возрастной категории женщин, где в 78,4% реализуются запущенные стадии рака яичника, в 75,9% — рака молочной железы, в 65,2% — рака шейки матки [4, 5]. Не проводится работа по выявлению «факторов риска» у женщин перименопаузального периода. Существующая организационная структура и система диагностики онкологических заболеваний не способна обеспечить эффективное и раннее выявление злокачественных новообразований.

В г. Хабаровске сформировалась тенденция к росту числа запущенных форм злокачественных новообразований женской репродуктивной сферы. Показатель