

У 13 пациентов в ходе проведения вмешательства возникло кровотечение, которое в 12 случаях носило умеренный характер, и было остановлено внутривенным введением или местным орошением гемостатическими препаратами, в одном случае, при повторном удалении опухоли правого главного бронха и его реканализии (метастатическая опухоль почки) возникло профузное кровотечение, которое остановлено, но возникшая гипоксия привела к летальному исходу.

Во всех случаях проходимость трахеобронхиального дерева была восстановлена. Повторные вмешательства потребовались двум пациентам через 7 и 14 месяцев в связи с продолжающимся ростом опухоли.

ВЫВОДЫ

Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов могут быть как радикальными, так и паллиативными. Целью вмешательств является быстрое и эффективное восстановление проходимости дыхательных путей.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, А.В. Кутепов

ПРИМЕНЕНИЕ ПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСФАГИЕЙ

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)**

Стентирование пищевода и пищеводных анастомозов металлическими саморасправляющимися стентами выполнено 81 пациенту в возрасте от 35 до 87 лет.

Показаниями к стентированию служили: рак пищевода — 46, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод — 24, рецидив рака желудка в области эзофагоэнтероанастомоза — 4, рецидив рака после операции типа Lewis или экстирпации пищевода — 5, метастатическое поражение средостения с дисфагией — 3, нейрофиброматоз средостения со сдавлением пищевода и пищеводно-плевральным свищем — 1 пациент. В 7 наблюдениях имелся пищеводно-респираторный свищ из-за прорастания опухоли в трахею (6) или левый главный бронх (1).

В большинстве случаев (79) при использовании нитиноловых стентов применялись стенты компании M.I.-Tech (Ю. Корея). В одном случае мы использовали стент компании Wilson-Cook и стент Boubella компании Ella CS. Длина стентов составляла 90, 120 и 160 мм, диаметр 18 и 22 мм. У большинства пациентов (56) использовались эндопротезы диаметром 22 мм.

Осложнения в процессе установки при использовании данного вида стентов возникли у 5 пациентов (несовсем корректная установка в правильную позицию). Осложнения устранены путем подтягивания за лассо эндопротеза вверх (4) и вниз (1).

Осложнения в течение первых двух недель после стентирования возникли у 3 пациентов — миграция стента. В двух наблюдениях выполнено подтягивание стента, в одном — стентирование по типу «стент в стент» в связи с невозможностью коррекции положения стента.

Ошибками при стентировании нитиноловыми стентами в наших наблюдениях являлись: неправильный подбор длины и диаметра устанавливаемого стента, либо установка его в неправильную позицию.

В сроки наблюдения свыше двух недель до 1,5 лет осложнения возникли у 9 пациентов: выраженный болевой синдром, не купируемый применением анальгетиков (1), дислокация стента ниже участка стеноза — 3 пациента. В одном случае осложнение устранено путем подтягивания стента вверх, у двух пациентов — удаление стента с последующим протезированием конструкцией большего диаметра. Фрагментация стента возникла у 4-х пациентов (через 2, 3 и 6 месяцев после его установки). В 3-х случаях фрагменты конструкции были удалены при помощи полиэктомической петли и щипцов с последующим повторным стентированием. В одном случае, несмотря на частичную фрагментацию и повреждение полимерного покрытия, проходимость стента была нормальной.

У пациента с нейрофиброматозом легких и средостения, осложненного пищеводно-плевральным свищем, через 9 месяцев после стентирования в результате роста узлов произошло частичное смещение дистального конца стента из желудка в плевральную полость, что потребовало установки эндопротеза большей длины по типу «стент-в-стент».

Стентирование «стент-в-стент» проведено 11 пациентам в сроки от 2 до 14 месяцев после стентирования из-за продолжающегося роста опухоли и обрастания проксимальной части стента (двум пациентам дважды).