

## ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.К. ВЛАДЫКО, Э.В. КАСПАРОВ, А.В. ШУЛЬМИН, Л.В. КОЧЕТОВА

*КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск*

Рак пищевода в мире занимает 7-е место среди злокачественных опухолей. Пятилетняя выживаемость составляет около 6%. В развитых странах Запада заболеваемость быстро возрастает, в основном за счет аденокарциномы нижней трети пищевода и пищеводно-желудочного соединения, которая, как правило, развивается на фоне метаплазии Барретта. К сожалению, на момент диагностики большинство больных являются инкурабельными. Основным симптомом является выраженная дисфагия. Для купирования дисфагии и была разработана методика эндопротезирования.

**Цель исследования** – определение показаний эндопротезирования как для бластоматозных, так и для доброкачественных стенозирующих поражений пищевода, оценка эффективности метода с учетом трехлетнего опыта.

**Материал и методы.** В Красноярском крае на базе краевого онкодиспансера и госпиталя для ветеранов войн с января 2007 г. проводится эндопротезирование при различных заболеваниях пищевода. В своей работе мы использовали саморасправляющиеся стенты M.I Tech (Корея). Показанием к эндопротезированию пищевода являлись: опухолевые обструкции пищевода, послеоперационные рецидивы опухоли в зоне анастомоза, первичные или метастатические опухоли средостения (вызывающие компрессию пищевода), трахеоэзофагеальные свищи, перфорации пищевода, свищи эзофагогастроанастомозов, доброкачественные стриктуры пищевода.

**Результаты.** С января 2007 г. в крае нами проведено стентирование пищевода 116 больным (74 мужчины, 42 женщины). Возраст больных от 23 до 89 лет. При раке пищевода стентирование проведено 71 больному. Закрытие трахео-пищеводного свища – 2, свищей эзофагоэнтеноанастомозов – 21 больному. При стриктуре эзофагоэнтеноанастомоза – 5,

перфорации пищевода – 1, ахалазии пищевода – 4 больным. При рубцовых постожоговых стриктурах – 8, пептических стриктурах – 2, пищеводно-бронхиальных свищах – 2 больным. Было 8 осложнений (7%). Летальность в первые 10 дней после стентирования составила 3 человека (2%), в группе больных с бластоматозным поражением пищевода. В первом случае по причине кровотечения, в двух остальных – пневмонии и медиастенита, как следствие распада опухоли. Среди осложнений стоит отметить перфорацию пищевода, которая была диагностирована во время установки стента и купирована установкой нового стента, закрывающего зону перфорации. В данном случае развившийся пневмоторакс явился показанием к дренированию плевральной полости слева. Через неделю у больного легкое расправилось, подкожная эмфизема, дисфагия купировались. Больной выписан, осмотрен 6 месяцев спустя. Стент проходим, данные за пневмоторакс отсутствуют. Анализируя трехлетний опыт работы, можно сказать, что стентирование как метод, помимо купирования дисфагии при раке пищевода, достаточно эффективно проявило себя при лечении доброкачественных стриктур и ахалазии пищевода. В первом случае при наличии протяженных стриктур и неэффективности других способов лечения, таких как бужирование и баллонная дилатация, нами проводилось эндопротезирование пораженной зоны. При циркулярных стриктурах от эндопротезирования воздерживались ввиду частой миграции стентов. При протяженных стриктурах – 10 см и более – миграция стента была отмечена только в одном случае, в остальных смещений стента не было. Считаем необходимым проводить замену стента у больных с доброкачественными постожоговыми стриктурами через 7–8 мес. Более длительное пребывание ведет к фрагментации,

нарушению целостности стента и, как следствие, к сложностям в удалении. При ахалазии пищевода 2-й степени нами был установлен стент 4 больным. Установленный стент имел антирефлюксный клапан и диаметр 18 мм. Через 1,5–2 мес стент удаляли. Миграции стентов не выявлено. Больные наблюдались в течение 2 лет после удаления. Дисфагия не отмечалась, прибавили в массе тела. На рентгеноскопии эвакуация бария в желудок не нарушена, рефлюкс

не определяется. При эзофагоскопии гастроскоп свободно проходит через кардию, слизистая в области кардии.

**Выводы.** Учитывая наш опыт, считаем, что развитие и распространение методики в лечении злокачественных и доброкачественных стриктур пищевода будут зависеть от совершенствования антимиграционных механизмов стента, материалов для его изготовления.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

**А.В. ВОРОБЬЕВ<sup>1</sup>, А.А. ЗАВЬЯЛОВ<sup>1,2</sup>, О.В. ЧЕРЕМИСИНА<sup>2</sup>,  
А.Ю. ДОБРОДЕЕВ<sup>2</sup>, С.А. ТУЗИКОВ<sup>2</sup>**

*ГУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск<sup>1</sup>  
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск<sup>2</sup>*

Рак легкого прочно занимает первую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности в России, при этом наиболее распространены немелкоклеточные варианты гистотипа этой формы опухоли (75–80 %). Если при I–II стадиях заболевания радикальная операция остается золотым стандартом, то лечение немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) III стадии представляет одну из наиболее сложных проблем клинической онкологии, так как результаты хирургического лечения остаются неудовлетворительными. Развитие рецидива и метастазов в течение первого года после операции указывает на относительный радикализм оперативного лечения. В связи с этим в настоящее время активно развиваются методы комбинированного лечения рака легкого, представляющие собой рациональное сочетание радикальной операции с лучевой и/или лекарственной терапией. В НИИ онкологии СО РАМН продолжается изучение воздействия интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ). В этих условиях особая роль отводится эндоскопическим методам исследования.

**Цель исследования** – оценить эффективность эндоскопического контроля при комбинированном лечении с применением неоадьювантной химиотерапии и ИОЛТ на фоне радио-

сенсибилизации цисплатином у больных НМРЛ III стадии.

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения 2 групп пациентов с морфологически верифицированным диагнозом НМРЛ III стадии. Основную группу составили 30 пациентов, у которых комбинированное лечение включало 2 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин, радикальную операцию с ИОЛТ в однократной дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым выполнялась радикальная операция с ИОЛТ в однократной дозе 15 Гр. По основным прогностическим признакам группы сопоставимы. Для ИОЛТ применялся малогабаритный импульсный бетатрон МИБ-6Э, который размещен непосредственно в операционном блоке. Фибробронхоскопия (ФБС) проводилась на этапе диагностики, после 2 курсов неоадьювантной химиотерапии (перед операцией), в послеоперационном периоде и в период динамического наблюдения.

**Результаты.** При оценке эффективности неоадьювантной химиотерапии, с помощью эндоскопических методик, отмечено, что в основной группе регрессия процесса составила  $41,4 \pm 9,1$  %. Стабилизация процесса