

А.І. Шевченко<sup>1</sup>, В.І. Федорчук<sup>2</sup>, О.П. Колесник<sup>1</sup>, І.Ф. Колесникова<sup>2</sup>

## РІДКІСНИЙ ВИПАДОК МІГРАЦІЇ СТРАВХІДНОГО СТЕНТУ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер

**Ключові слова:** стравохідний стент, міграція.

**Ключевые слова:** пищевоодный стент, миграция.

**Key words:** esophageal stent, migration.

Частота міграції непокритих стентів складає 0–3% і підвищується до 6% при стентуванні зони кардії. Частота міграції покритих стентів коливається від 25% до 32%. У статті описане власне спостереження рідкісного випадку міграції стравохідного стенту.

Частота миграции непокрытых стентов составляет 0–3% и повышается до 6% при стентировании зоны кардии. Частота миграции покрытых стентов колеблется от 25% до 32%. В статье описано собственное наблюдение редкого случая миграции эсophageal стента.

Frequency of the uncovered stents migration are 0–3% and rises to 6% at the stenting of cardiac area. Frequency of the covered stents migration are from 25% to 32%. The private observation of rare case of migration a esophageal stent is described in the article.

Рак стравоходу, як основна причина розвитку пухлинної стриктури верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, посідає в світі 7 місце серед злоякісних новоутворень.

При інкурабельному раку стравоходу або кардії основними завданнями паліативного лікування є усунення дисфагії, підвищення якості життя і збільшення термінів виживаності пацієнтів. У багатьох клініках традиційними методами паліативного лікування залишаються гастростомія й хіміопроменеве лікування. Розробка й вдосконалення методів усунення дисфагії зі збереженням природного живлення при поширеному раку стравоходу і кардії зі стенозом є актуальним завданням клінічної онкології й активно розвивається останніми роками.

Перший опис ендоскопічної методики установки металевго стенту, що розправляється в стенозованому стравоході, був зроблений Grimberger 1983 року [2]. Нині в клінічній практиці використовується більше 8 основних типів і безліч підтипів металевих спіральних і сітчастих стентів, що розправляються самі, як з пластиковим покриттям, так і без нього [4,10]. Розроблено декілька варіантів стентів з антирефлюксними клапанами. Діаметр стравохідних стентів в розпрямленому стані коливається від 18 до 25 мм, що дозволяє герметично закривати фістули й перфорації стравоходу. Сучасні стенти встановлюють з використанням систем доставки малого калібру, що вимагають мінімальної попередньої дилатації стравоходу.

У найближчому періоді після стентування у більшості хворих виникають болі в грудній клітці. Найбільш інтенсивні болі виникають при стентуванні високих стриктур і при використанні стентів великого діаметру. Ускладнення стентування у вигляді кровотечі, перфорації і нориці звичайно зустрічаються в 10% хворих. Летальні результати, пов'язані з процедурою установки стенту, бувають рідко і пов'язані, в більшості випадків, з профузною кровотечею. Тридцятиденна летальність при стентуванні стравоходу в інкурабельних онкологічних хворих досягає 26% [1].

Частота міграції непокритих стентів складає 0–3% і підвищується до 6% при стентуванні зони кардії [6,9]. Частота міграції покритих стентів коливається від 25% до

32% [8]. Відзначено окремі випадки компресії трахеї після стентування стриктур верхньої третини стравоходу [7].

За даними наукової літератури, попередня дилатація, термічна абляція, ФДТ і променева терапія збільшують ризик розвитку ускладнень при стентуванні, підвищується ризик міграції стенту [7].

До пізніх ускладнень належать ерозійна кровотеча (3–10%), виразковий езофагіт (7%), перфорація або нориці (5%), поворот і міграція стенту (5%), перелом або руйнування конструкції стента (2%).

Міграція стенту, в більшості випадків, відбувається при установці покритих стентів. Міграція стенту може бути проксимальною і дистальною, повною і частковою. При використанні стравохідних стентів частота виникнення цього ускладнення складає від 5% до 10% випадків [1,11].

Чинниками, що сприяють міграції стентів, є коротка довжина стриктури та її значні вигини (локалізація в ділянці езофагогастрального переходу, в ділянці анастомозу), попередні променева та/або хіміотерапія. Можливими шляхами попередження міграції стенту можуть бути використання стентів більшого діаметру, стентів зі спеціальними технологіями [11], частково покритих стентів, коаксильною установкою двох стентів (покритий у просвіт непокритого) або подвійних стентів [3,12].

У випадках парціальної міграції стент можна репонувати ендоскопічно під рентгенологічним контролем. У випадках повної проксимальної міграції стент видаляють і встановлюють інший. У разі повної дистальної міграції, втручання, направлені на видалення стенту, здійснюються лише при появі симптомів непрохідної [5].

Наводимо власне спостереження досить рідкісного випадку міграції стравохідного стенту до здухвинної кишки.

Пацієнт К., 1956 р. народження, амб. історія хвороби № 12372. 22.05.08 р. хворому виконана пробна лапаротомія з приводу раку кардіального відділу шлунка з інфільтрацією стравоходу до наддіафрагмального сегменту, ст. IV, клініко-статистична група IV. Враховуючи наявність різкого стенозу стравохо-



Рис. 1. Дислокація фрагмента стравохідного стенту у здухвинну кишку.



Рис. 2. Вилучення фрагмента стенту з просвіту кишки.

ду, проведено його стентування. У післяопераційному періоді пацієнт отримав курс променевої терапії середніми фракціями – сумарна вогнищева доза 18 Гр.

Погіршення стану хворий відзначив з грудня 2009 р., коли з'явився біль у животі, підвищилась температура тіла до 37,7°C.

Оглядова рентгеноскопія органів грудної клітки й черевної порожнини від 4.02.10р.: Серце і легені без особливостей. У нижній третині стравоходу на межі ретрокардіального й наддіафрагмального сегментів визначаються фрагменти стравохідного стенту. Пасаж барію нерівномірний. Визначається атиповий ригідний рельєф у абдомінальному сегменті, деформація склепіння шлунка, ригідність його стінок у субкардіальному відділі й за великою кривиною з розповсюдженням на передню і задню стінки. Фрагмент стравохідного стенту у здухвинній кишці (рис. 1).

Висновок: інфільтративний рак проксимального відділу шлунка з розповсюдженням на абдомінальний сегмент стравоходу. Післяпроменевої фіброз стінок шлунка. Дислокація фрагмента стравохідного стенту у здухвинну кишку.

10.02.10 р. хворому виконана лапаротомія. Під час ревізії у здухвинній кишці знайдений фрагмент стравохідного стенту довжиною 15 см з прикритою петлями кишки перфорацією стінки (рис. 2).

Виконана резекція петлі тонкої кишки з анастомозом «кінець в кінець». Післяопераційний період – без ускладнень. Через 10 днів після операції хворий виписаний зі стаціонару.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Adam A. Esophageal Stents / Adam A. // Cardiovascular Interventional Radiology. – Suppl., 2001. – P. 112–113.
2. Frimberger E. Expanding Spiral—a new type of prosthesis for the

palliative treatment of malignant oesophageal stenosis / Frimberger E. // Endoscopy. – 1983. – № 15. – P. 213–214.

3. Jung Gyoo-Sik. Malignant Gastric Outlet Obstructions: Treatment by Means of Coaxial Placement of Uncovered and Covered Expandable Nitinol Stents / Jung Gyoo-Sik // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2002. – Vol. 13. – P. 275–283.
4. Kacher M. Esophageal stent with antireflux valve for tumours involving the cardia: work in progress / M. Kacher, M. Dlouhy. // Vase Interv. Radiol. – 1998. – № 9. – P. 1007–1010.
5. Ko Heung-Kyu. Fate of Migrated Esophageal and Gastroduodenal Stents: Experience in 70 Patients / Ko Heung-Kyu // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2007. – Vol. 18. – P. 725–732.
6. Malignant dysphagia: palliation with esophageal stents – long-term results in 100 patients / [Cwikel W., Tanberg K-G., Cwikel M., Lillo-Gil R.] // Radiology. – 1998. – №207. – P. 513–518.
7. Non-malignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of oesophageal cancer / [Mayoral W, Fleischer D, Salcedo Roy P, et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2000. – № 51. – P. 556–559.
8. Palliation of inoperable esophageal carcinoma: a prospective randomized trial of laser therapy and stent placement / [Adam A., Ellul J., Watkinson A.F., et al.] // Radiology. – 1997. – № 202. – P. 344–348.
9. Self expanding metal esophageal stent with anti-reflux mechanism / [Dua K.S., Kozarek R., Kim L., et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2001. – № 53. – P. 603–613.
10. Self-expandable coated stents after untraluminal treatment of oesophageal cancer: a risky procedure / [Maier A, Pinter H, Friehs GB, et al.] // Ann. Thorac. Surg. 1999. – № 67. – P. 781–784.
11. Shim C.S. Fixation of a Modified Covered Esophageal Stent: Its Clinical Usefulness for Preventing Stent Migration / Shim C.S. // Endoscopy. – 2001. – Vol. 33. – №. 10. – P. 843–848.
12. Song Ho-Young. Dual Expandable Nitinol Stent for Gastroduodenal Strictures / Song Ho-Young. // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2004. – Vol.15. – P. 1443–1449.

#### Відомості про авторів:

Шевченко А.І., д. мед. н., проф., зав. каф. онкології ЗДМУ.

Колесник О.П., к. мед. н., асистент каф. онкології ЗДМУ.

Федорчук В.І., онкохірург вищої атестаційної категорії, лікар абдомінального відділення ЗОКОД.

Колесникова І.Х., зав. рентгендіагностичним відділенням, рентгенолог вищої атестаційної категорії ЗОКОД.

#### Адреса для листування:

Шевченко Анатолій Іванович. 69040, м. Запоріжжя, вул. Культурна, 177а, облонкодиспансер, каф. онкології ЗДМУ.

Тел./факс сл. (0612) 963496.