

**Межрегиональная научно-практическая конференция  
«Паллиативная медицинская помощь. Качество жизни  
онкологических больных»  
Рязань, 8 октября 2015г.**

**ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский  
университет  
имени академика И.П. Павлова»  
ГБУ РО «Областной клинический онкологический  
диспансер»**

**Эндоскопическое стентирование как этап  
паллиативной помощи больным раком  
пищевода со стенозированием**

**Клевцова С.В., Мерцалов С.А., Мерцалов А.С., Мастюгин  
М.В., Баранов И.А., Бубнова Л.В.**

# Эпидемиология

- ✓ В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями россиян в 2012г. доля рака пищевода у мужчин составила 2,4%, у женщин 0,6%.
- ✓ В период с 2002г. по 2012г. отмечен отрицательный темп прироста показателей заболеваемости РП (-5,23%), а стандартизированный показатель заболеваемости снизился с 3,23 до 3,08 (оба пола) на 100000 населения .
- ✓ В период с 2002 по 2012г. отмечен отрицательный темп прироста показателей смертности от РП (-12,56%), а стандартизированный показатель смертности снизился с 3,12 до 2,69 (оба пола) на 100000 населения .
- ✓ Стандартизированные показатели смертности от этой локализации не очень отличаются от показателей заболеваемости, что является индикатором неблагоприятного прогноза течения заболевания. Так, стандартизированные показатели заболеваемости населения России в 2012г составили 6,35 и 0,93 на 100000 соответственно для мужчин и женщин, а показатели смертности 5,63 и 0,79 на 100000 соответственно для мужчин и женщин.

\*Злокачественные новообразования в России в 2012 г. (заболеваемость и смертность) под ред. А.Д. Каприна, В.В.Старинского, Г.В. Петровой. Москва, 2014г.

# Актуальность

- ✓ 60-70% больных раком пищевода являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса или тяжелой сопутствующей патологии
- ✓ Основным клиническим симптомом распространенного рака пищевода является *дисфагия*, возникающая при сужении просвета на 50-75%
- ✓ Средняя продолжительность жизни пациентов с тяжелой опухолевой дисфагией составляет 90 дней

\*Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2007

## *Цели паллиативного лечения больных раком пищевода:*

- *Повышение качества жизни за счет устранения дисфагии*
- *Увеличение продолжительности жизни*

**❖ Традиционными методами лечения неоперабельных больных раком пищевода, осложненного дисфагией III-IV степени, являются:**

- **Хирургический:** гастростома, еюностома
- **Лучевой:** дистанционная терапия, брахитерапия
- **Химиотерапевтический**

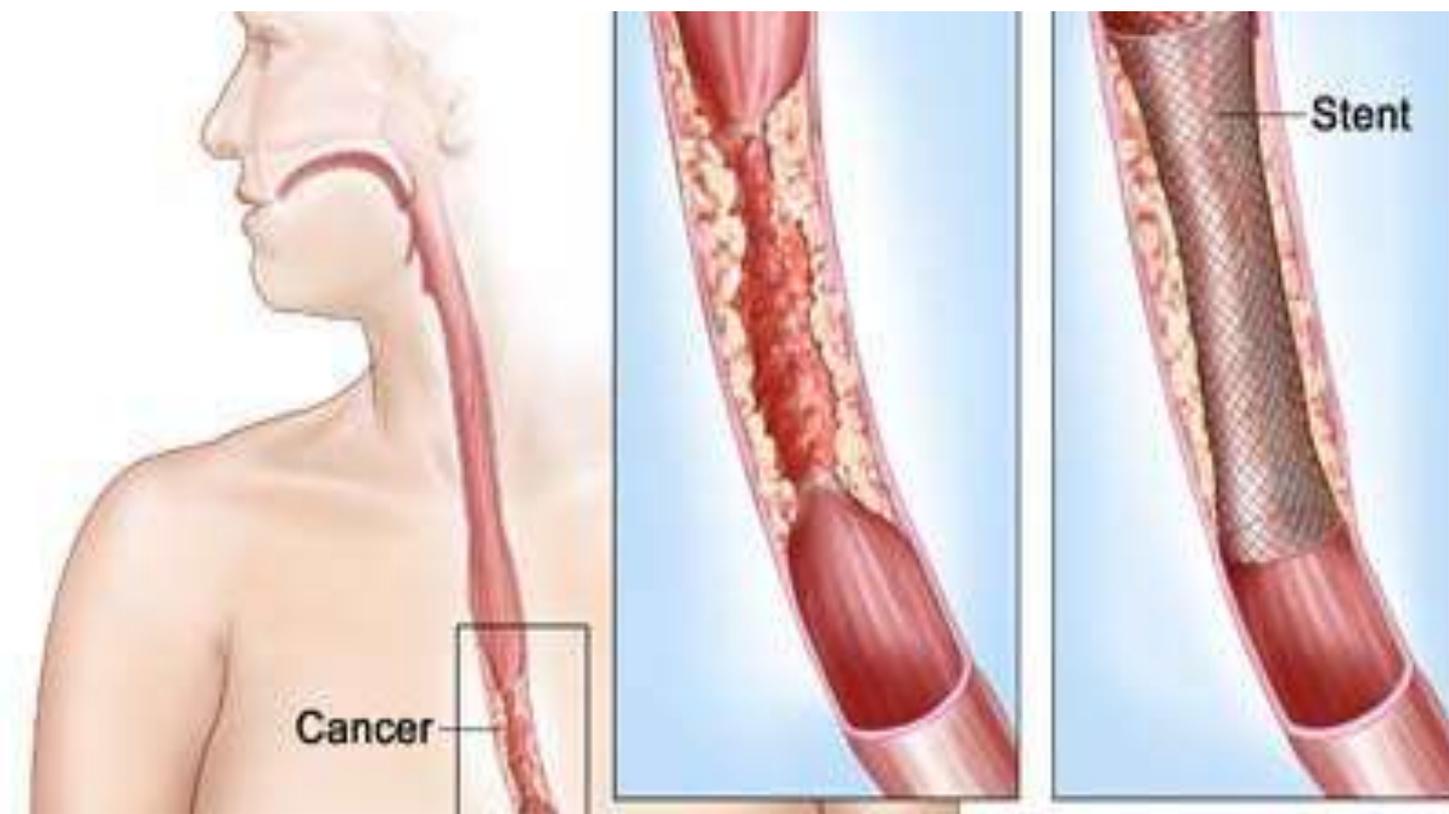
\* Мамонтов А.С. Комбинированное лечение рака пищевода / А.С. Мамонтов // *Практ. онкология.* – 2003. – Т.4. - №2.

# *Эндоскопический*

- *механический (периодическое бужирование опухолевой стриктуры);*
- *баллонная дилатация;*
- *деструкция (химический некролиз, лазерная коагуляция, аргоноплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия);*
- *Общие недостатки данной группы методов – быстрый рецидив дисфагии и, следовательно, необходимость многократного повторения лечебных мероприятий.*

\* Conroy T., Kaminsky M.C., Peiffert D. et al. Non-sergical treatments of esophageal cancers // Rev. Med. Intetn. 2000. V.21. № 1. P. 58-73.

*В отличие от других методов, эндоскопическое стентирование пищевода – наименее травматичное и наиболее эффективное вмешательство, позволяющее полностью купировать дисфагию на достаточно длительный срок.*



## ***Классификация стентов:***

### *1)Материал:*

- Металлические – различные сплавы металлов (нитинол, нержавеющая сталь и др.)
- Пластиковые
- Биodeградирующие

### *2)Покрытие:*

- Непокрытые
- Покрытые
- Частично покрытые

### *3)Анатомическая область:*

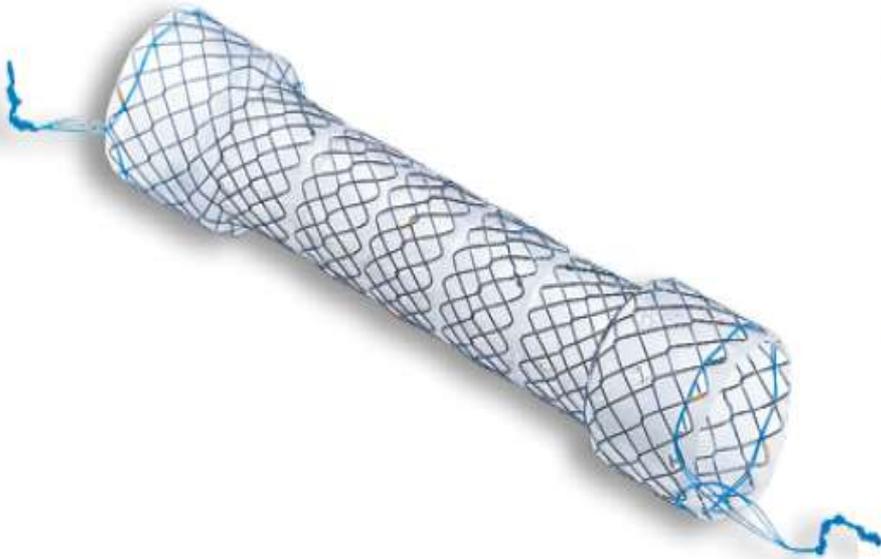
- Верхняя треть пищевода – шейный стент, асимметричный стент и др.
- Средняя треть пищевода – классические пищеводные стенты
- Нижняя треть пищевода, кардия – стенты с антирефлюксным клапаном, конусообразные стенты.

### *4)Дополнительные механизмы:*

- Фиксирующие механизмы – крючья,нити;
- Комбинация стентов – Niti-Stent, комбинация стентов Polyflex
- Mushroom stent – дистальное расширение каркаса стента для установки в область пищеводно-желудочного анастомоза

## CHOOSTENT

покрытый пищеводный стент

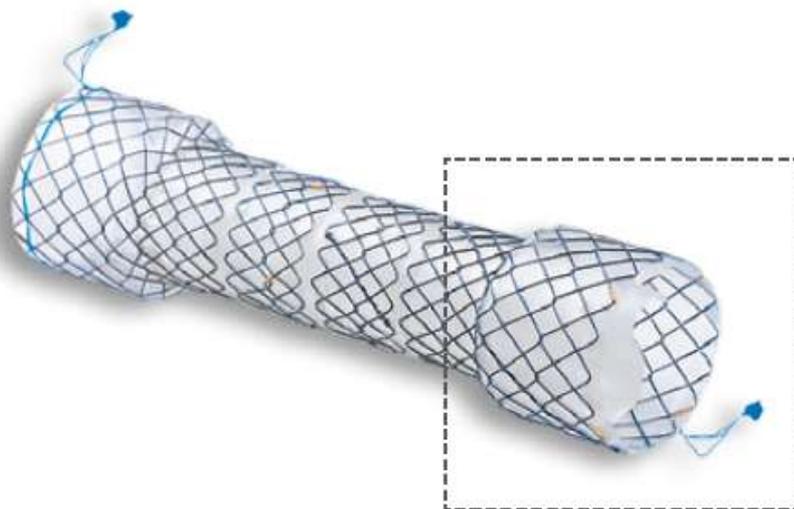


### Показания

- Паллиативное лечение пациентов с неоперабельным раком пищевода и верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- У пациентов с дисфагией перед операцией или проведением химио- и лучевой терапией
- Пациенты с трахео-пищеводными свищами

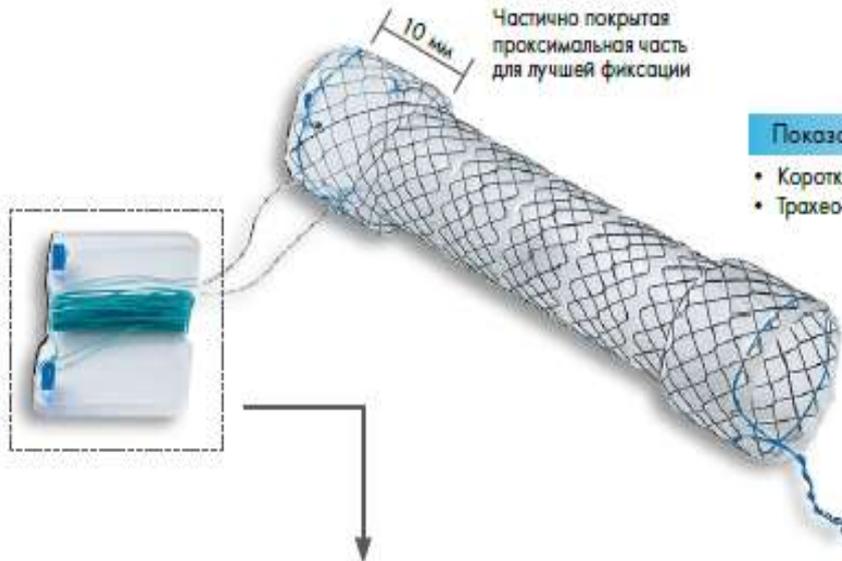
# HANAROSTENT

пищеводный стент  
с антирефлюксным клапаном



## CHOOSTENT

инновационный стент  
технология Shim



### Показания

- Короткие стриктуры (менее 5см)
- Трахео-пищеводные свищи

### Антимиграционная технология Shim



1) Проведите назальный катетер (диаметр катетера 14fr) в глотку через носовой ход. С помощью зажима захватите катетер и выведите его через рот.



2) Используя проволочный крючок проведите шелковую нить, выходящую из рта, через назальный катетер.



3) Если имеется сопротивление при проведении крючка через катетер, протолкните катетер вместе с проволочным крючком.



4) Проведите назальный катетер в пищевод по шелковой нити до контакта с верхним концом стента, это предотвращает раздражение слизистой оболочки носовой полости и пищевода шелковой нитью.



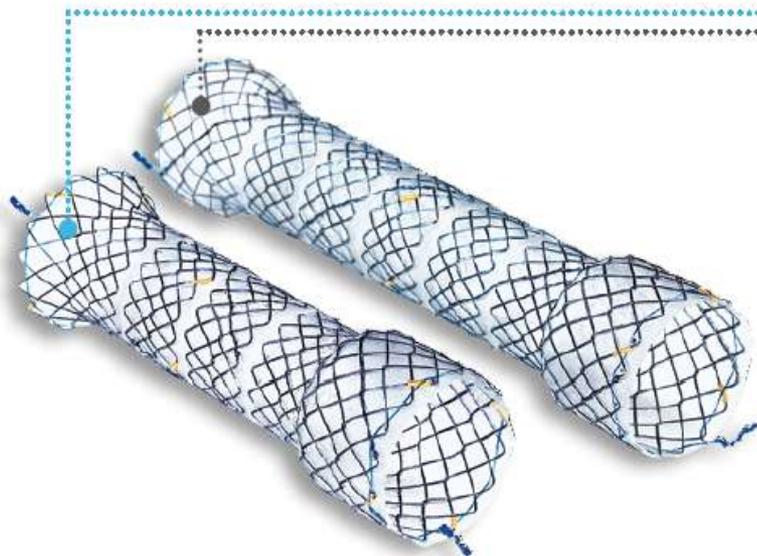
5) Катетер, прикрывающий шелковую нить фиксируется к ушной раковине пациента.



6) Шелковая нить должна быть надежно закреплена для предотвращения смещения нити, катетера и стента.

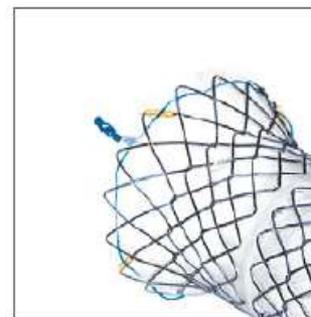
# CHOOSTENT

шейный/асимметричный  
пищеводный стент



## Показания

- Рак верхних отделов пищевода

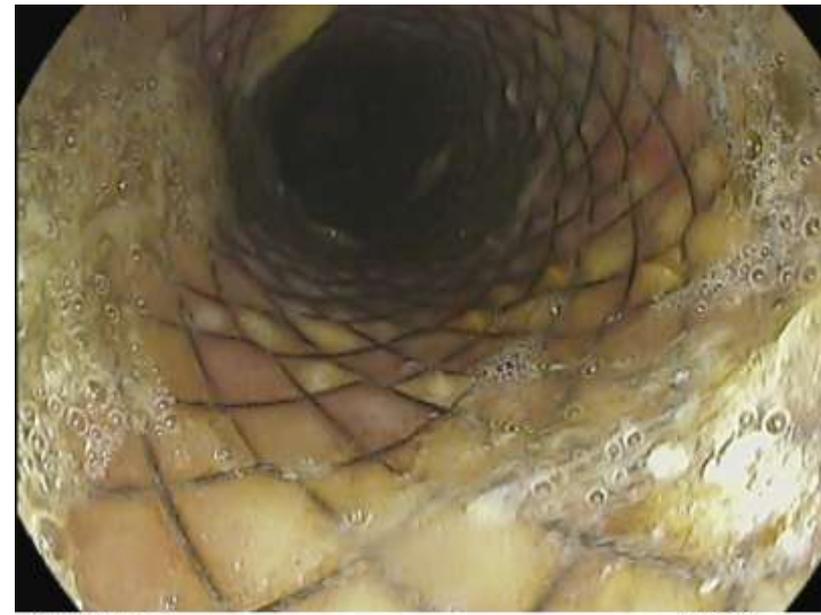
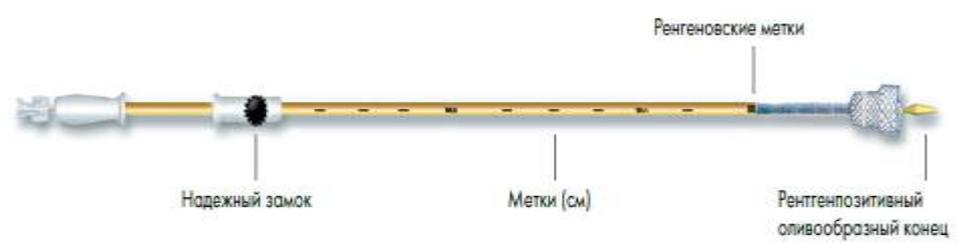


Шейный



Асимметричный

CHOO доставочное устройство



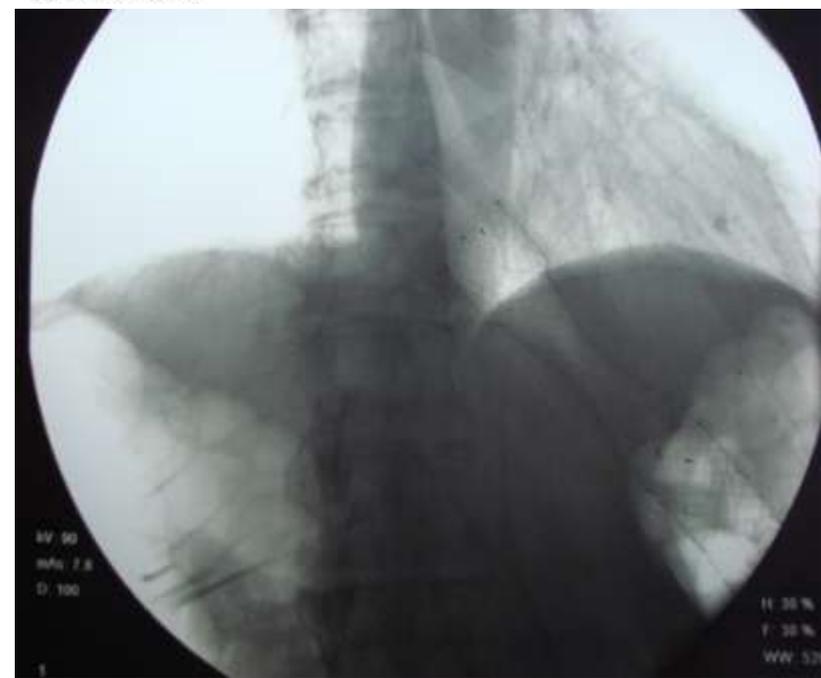
Name:Kuraev\_A.K.  
ID:ID Age:AGE Sex:  
Comment:COMMENT

Doctor:Dr.  
Date:2011/03/30 11:17:58



Name:Kuraev\_A.K.  
ID:ID Age:AGE Sex:  
Comment:COMMENT

Doctor:Dr.  
Date:2011/03/30 11:17:13



0V 90  
mAs 7.8  
D: 100

11:30 %  
F: 30 %  
WW: 50

# *Показания*

В основном стентирование применяют при опухолевой обструкции пищевода.

Другими показаниями являются:

1. Послеоперационные рецидивы опухоли в зоне анастомоза.
2. Первичные или метастатические опухоли средостения, вызывающие компрессию пищевода .
3. Наличие свищевого хода в средостение, плевральную полость, трахею или бронхи (злокачественная пищеводная фистула)
4. Рубцовые стриктуры пищевода и анастомозов после специального лечения

# *Противопоказания*

- ❖ **Абсолютных** противопоказаний к стентированию пищевода нет.
- ❖ **Относительными** противопоказаниями являются:
  - тромбоцитопения ( $\square$  50000), гипокоагуляция;
  - лучевая или химиотерапия в течение последних 3-6 недель;
  - тяжелое состояние больного;
  - признаки обструкции желудка и/или тонкой кишки вследствие внутрибрюшинной диссеминации опухолевого процесса;
  - очень высокие стенозы пищевода, близкие к его устью;
  - сдавление трахеи, которое может усугубиться после стентирования пищевода

# Осложнения

Осложнение	Частота
Кровотечение	3-8%
Продолжительная боль в груди	14%
Миграция непокрытого стента	0-6%
Миграция покрытого стента	25-32%
Прорастание непокрытого стента опухолью	17-36%
Прорастание покрытого стента опухолью	Очень редко
Образование свища	Редко
Перфорация пищевода	Редко
Летальность	0 – 1,4%

\*Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2007

- ✓ **Цель работы:** определить эффективность эндоскопического стентирования в паллиативном лечении больных неоперабельным раком пищевода.
- ✓ **Задачи:**
  - проанализировать осложнения, встретившиеся при эндоскопическом стентировании;
  - провести анализ медианы выживаемости пациентов с раком пищевода, дополнительно получавших специальное противоопухолевое лечение.



## РОКОД с 2011 по 2014 год, n=123

	Основная группа	Контрольная группа	P
n	59	50	
Мужчины	56 (95%)	46 (92%)	p = 0,12 (p > 0,05)
Женщины	3 (5%)	4 (8%)	
Возраст	66,5 3,2	67 3,1	p = 0,62 (p > 0,5)
III стадия РП	24 (41%)	23 (46%)	p = 0,9 (p > 0,5)
IV стадия РП	35 (59%)	27 (54%)	

## *Проводимое стентирование*

- У 50 больных было проведено *первичное стентирование*,
- у 4 больных в связи с рестенозированием или повреждением стента было выполнено повторное стентирование по типу *«стент в стент»*,
- Стентирование выполнялось нитиноловыми самораскрывающимися покрытыми и частично покрытыми стентами следующих типов: HESV, GSEBPA, ESO, HES, HEVT, NES.

- Отдельно была выделена группа больных из 14 человек (мужчины – 100%), которым стентирование проводилось в комбинации с *лучевым или химиолучевым лечением*
- Средний возраст больных – 65,8 ± 2,7 лет
- У всех больных – III стадия РП

# Анализ медианы выживаемости

	Больные без mts + стенирование	Больные без mts, без стентирован ия	р
п	24	23	
Мужчины	23	21	р = 0,54 ( $p \geq 0,05$ )
Женщины	1	2	
Возраст	72 3,04	72,4 2,84	р = 0,5 ( $p \geq 0,05$ )
Стадия	III – 100%	III – 100%	

# Анализ медианы выживаемости

	Больные с mts + стенирование	Больные с mts, без стентирован ия	p
n	35	27	
Мужчины	33	25	p = 0,7 (p > 0,5)
Женщины	2	2	
Возраст	62,8 3	62,7 2,9	p = 0,6 (p > 0,5)
Стадия	IV – 100%	IV – 100%	

# Анализ медианы выживаемости

	Больные без mts + стенирование	Больные без mts, стентирован ие + ХЛТ	p
n	24	14	
Мужчины	23	14	p = 1,0 (p > 0,5)
Женщины	1	-	
Возраст	72 3, 04	65,8 2, 7	p = 0,47 (p > 0,05)
Стадия	III – 100%	III – 100%	

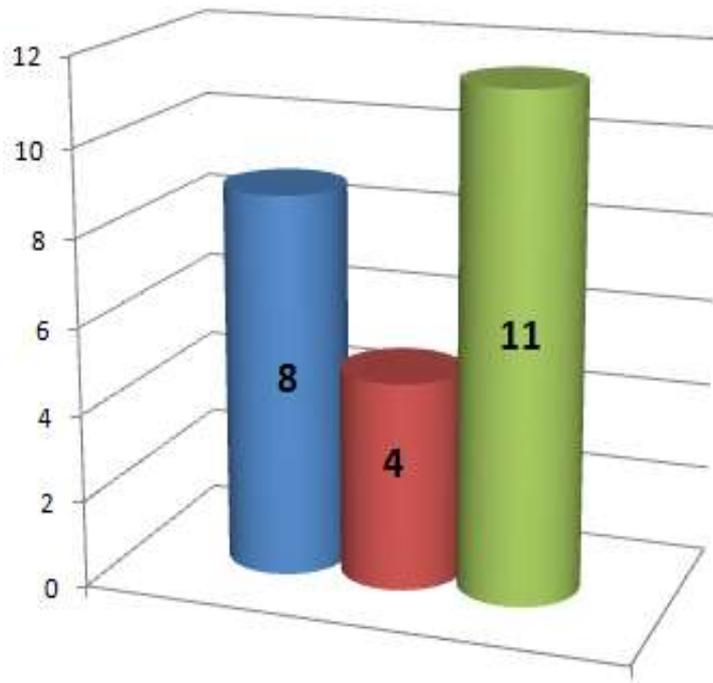
# *Результаты исследования*

- *После стентирования при опухолевом стенозе пищевода во всех случаях устраняется дисфагия.*
- *Больные получают возможность приема через рот сбалансированного полноценного питания.*

# *Осложнения*

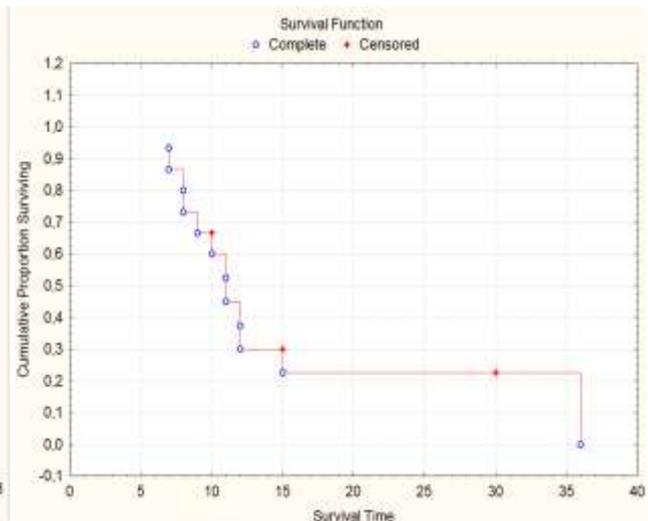
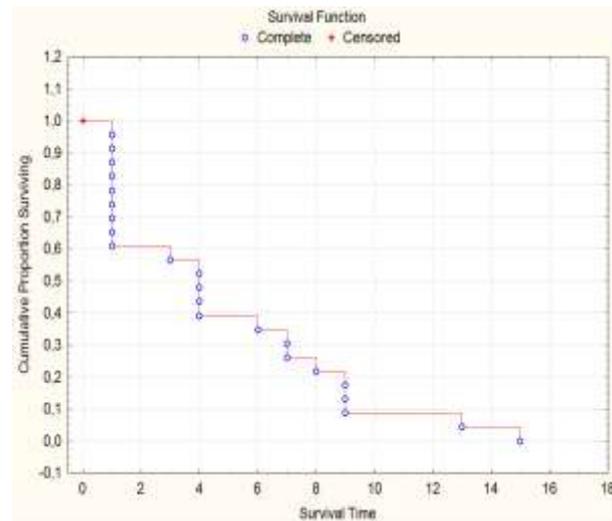
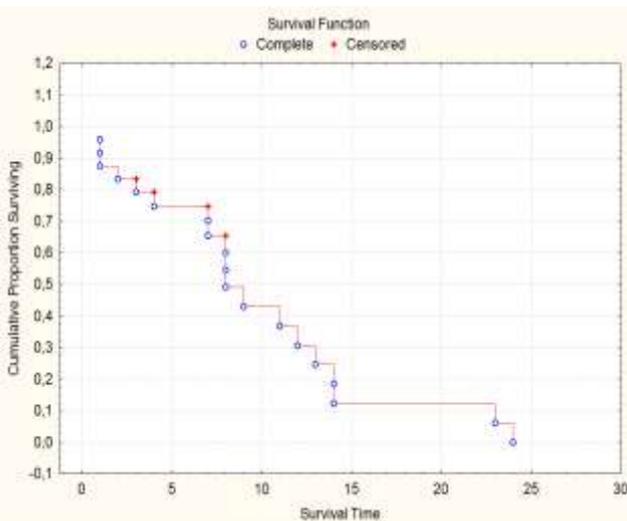
- Боли в грудной клетке - возникали у 100% пациентов в ближайшем периоде после стентирования.
- У 94% пациентов болевой синдром был незначительной степени выраженности и его удавалось купировать приемом ненаркотических анальгетиков; лишь 3 пациентам понадобилось назначение наркотических анальгетиков.
- Также у 4 пациентов (5%) наблюдалась миграция стента.
- Других осложнений не наблюдалось.

# Медианы выживаемости пациентов с М0 (месяцы)

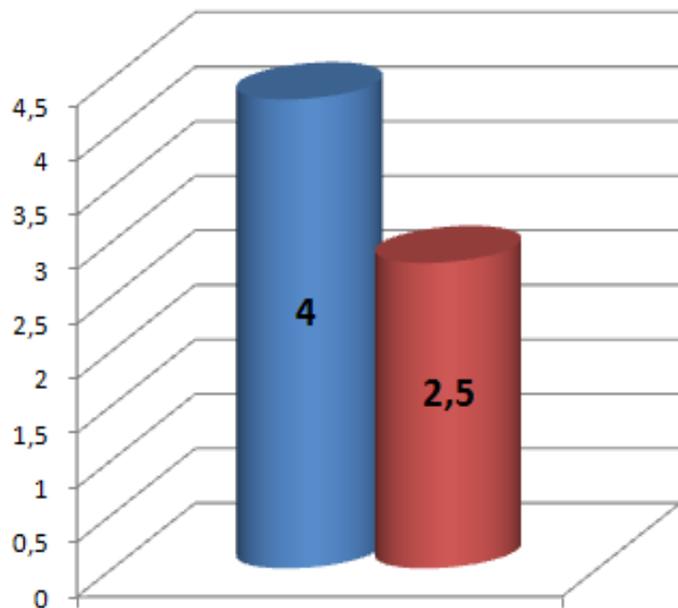


- Больные без метастазов + стентирование
- Больные без метастазов, без стентирования
- Больные без метастазов, стентирование + ХЛТ

$p < 0,05$

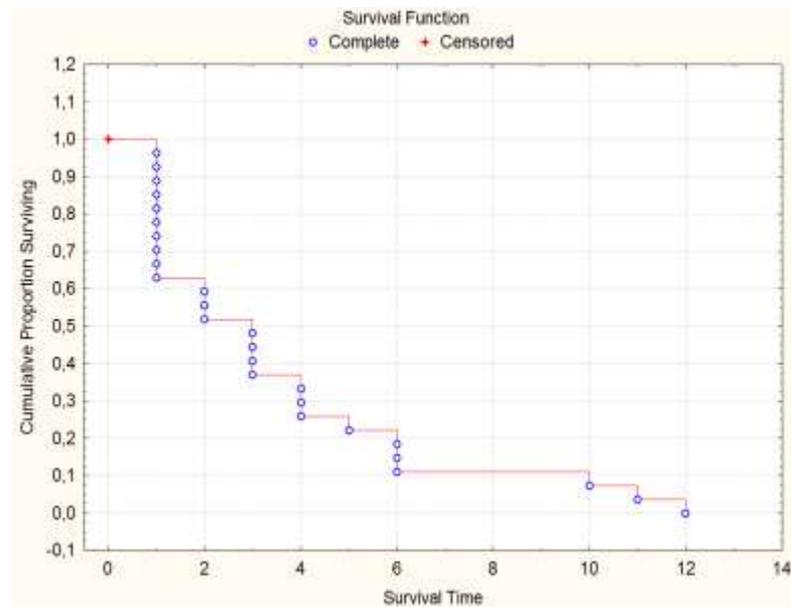
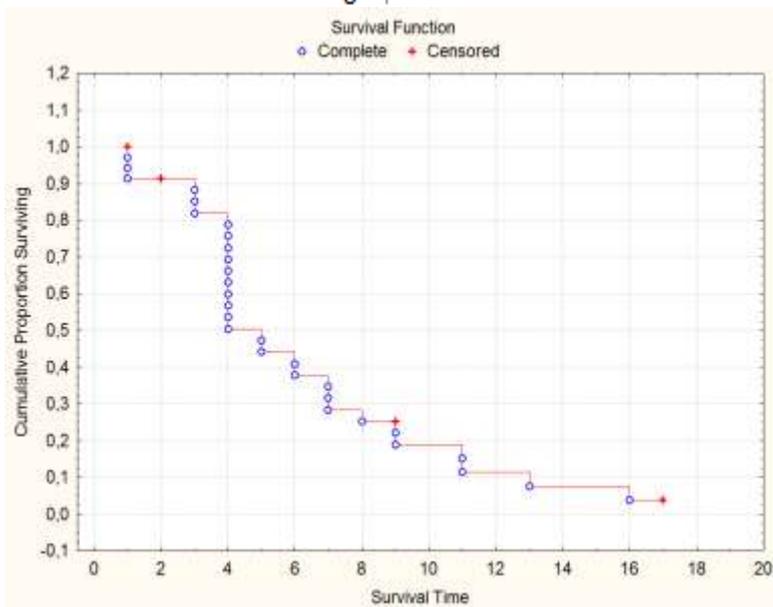


# Медианы выживаемости пациентов с М1 (месяцы)



- Больные с метастазами + стентирование
- Больные с метастазами, без стентирования

$p < 0,05$



# *Выводы*

- Эндоскопическое стентирование является ведущим методом паллиативного лечения больных раком пищевода с дисфагией. Осложнения, возникающие при этом, не имеют существенного значения.
- Выполнение эндоскопического стентирования способствует увеличению медианы выживаемости больных неоперабельным раком пищевода, что дает возможность дополнять лечение химиолучевой терапией у данной категории пациентов.
- Наличие или отсутствие отдаленных метастазов не оказывает существенного влияния на тактику паллиативного лечения, в котором ведущее место принадлежит стентированию.



***Спасибо за внимание!***