

6. Футисова Л.И. Фагоцитарная активность свободных легочных макрофагов после гамма-облучения. Медицинская радиология. 1997; 5: 74—6.
7. Phillips A.W., Fenwick J.D., Mallick U.K., Perros P. The impact of clinical guidelines on surgical management in patients with breast cancer. Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.). 2003; 15(8): 485—9.
8. Танатова З.А. Особенности и повышение эффективности лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин в регионе Семипалатинского ядерного полигона: Дис. ... д-ра мед. наук. Астана; 2007.
9. Vanneman M., Dranoff G. Combining immunotherapy and targeted therapies in cancer treatment. Nature Rev. Cancer. 2012; 12(4): 237—51.

## REFERENCES

1. Lykov A.P., Bass A.A., Morozov D.V., Abramov V.V. et al. Adenocarcinoma of the stomach: clinico-immunological features. Questions of Oncology. 2003; 1: 41—3 (in Russian).
2. Marinova-Mutafchieva L.P., Chakalova G.B., Goranov I.T. Suppression of cellular immunity in patients with carcinoma in situ and microinvasive cervical cancer. Questions of Oncology. 1997; 37: 4: 454—6 (in Russian).

3. Camus M., Galon J. Memory T-cell responses and survival in human cancer: remember to stay alive. Adv. Exp. Med. Biol. 2010; 684: 166—77.
4. Osada J., Kamocki Z., Rusak M. et al. The effect of surgical and nutritional treatment on activation parameters of peripheral blood T lymphocytes in stomach cancer patients in postoperative period. Pol. Merkur. Lek. 2008; 24(141): 231—6.
5. Granov A.M., Vinokurov V.L. Radiation therapy in oncogynecology, and oncology. Sankt-Peterburg. Foliant. 2002; 352 (in Russian).
6. Futisova L.I. Phagocytosis the activity of free lung macrophages after gamma-irradiation. Medical radiology. 1997; 5: 74—6 (in Russian).
7. Phillips A.W., Fenwick J.D., Mallick U.K., Perros P. The impact of clinical guidelines on surgical management in patients with breast cancer. Clinics Oncology (R. Coll. Radiol.). 2003; 15: 8: 485—9.
8. Tanatova Z.A. Features and increase of efficiency of treatment of malignant neoplasms of the reproductive system of women in the region of the Semipalatinsk nuclear test site: Diss. MD. Astana. 2007 (in Russian).
9. Vanneman M., Dranoff G. Combining immunotherapy and targeted therapies in cancer treatment. Nature Rev. Cancer. 2012; 12(4): 237—51.

Поступила 04.04.13

© Р.К. МЕДЕУБАЕВ, 2013

УДК 616.329-006.6-089.87-036.87-617-089.86

**Р.К. Медеубаев****СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РЕЦИДИВЕ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА В ЗОНЕ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ**

АО "Медицинский университет Астана", 010000, г. Астана, Республика Казахстан

*Цель исследования — восстановление проходимости при рецидивном стенозирующем раке пищевода. Обследована больная 69 лет с рецидивом кардиоэзофагеального рака, сопровождающимся стенозом анастомоза. Успешно проведены баллонная дилатация, стентирование саморасправляющимся стентом Hanarostent HEV-18-90-070, восстановлена возможность энтерального питания. Стентирование при рецидивном раке может быть рекомендовано в качестве альтернативы повторной операции.*

**Ключевые слова:** стентирование, рак пищевода, кардиоэзофагеальный рак, энтеральное питание.

STENTING DURING CARDIO-ESOPHAGEAL CANCER RECURRENCE IN THE AREA OF ESOPHAGO-INTES-TINAL ANASTOMOSIS AFTER GASTROECTOMY

R.K. Medeubaev

Astana Medical University, 010000, Astana, Republic of Kazakhstan

*The purpose of the study - the restoration of patency during recurrent stenosing esophageal cancer. 69 years old patients with relapsed cardio-esophageal cancer, accompanied by stenosis of the anastomosis were examined. Successfully performed balloon dilatation, stenting self-expanding stent Hanarostent HEV-18-90-070, restored the possibility of enteral nutrition.*

*Stenting for recurrent cancer can be recommended as an alternative to re-operation.*

**Key words:** stenting, cancer of the esophagus, cardio-esophageal cancer, enteral nutrition.

В хирургии злокачественных новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) значительный процент неудовлетворительных отдаленных результатов связан с рецидивами злокачественного новообразования [1]. При этом достаточно часто повторная радикальная операция не может быть выполнена в силу ряда причин: запущенности новообра-

зования и наличия отдаленных метастазов; невозможности реконструкции ЖКТ; неудовлетворительного состояния пациента, чрезмерного анестезиологического и хирургического риска [2].

В таких случаях основная роль отводится паллиативному лечению, важнейшим компонентом которого служит восстановление пассажа содержимого ЖКТ.

Естественно, возможно использование давнего и адекватно зарекомендовавшего себя подхода — стентирования, чаще всего заключающегося в выведении желудочной или кишечной стомы на переднюю брюшную стенку. Однако общеизвестно, что такой способ создает

Для корреспонденции: Медеубаев Рустем Калимович — зав. каф. онкологии фак. усовершенствования врачей; 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 49а, e-mail: dikenb@mail.ru.

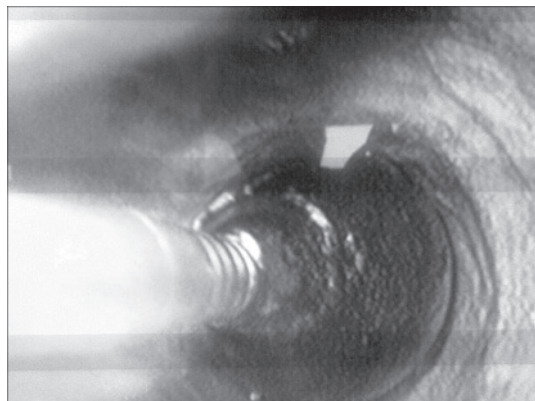


Рис. 1. Баллонная дилатация.

большое число неудобств для пациента и соответственно гарантирует снижение качества жизни [3, 4].

Одним из наиболее часто используемых в клиниках развитых стран альтернативных вариантов является стентирование вторичной стриктуры, в том числе современными устройствами, изготовленными из материалов с памятью формы [5]. Самораскрывающиеся сетчатые протезы безопасны при установке и эксплуатации, долговечны, инертны в отношении тканей организма [6].

Цель исследования — восстановление проходимости при рецидивном стенозирующем раке пищевода.

Обследована больная 69 лет. Диагноз: кардиоэзофагеальный рак, стадия ШВ, Т3N2Mх. Гистологически выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома.

Среди сопутствующих заболеваний — артериальная гипертензия II стадии, очень высокий риск; хроническая обструктивная болезнь легких, ДН II стадии; диффузный токсический зоб.

Проведено оперативное лечение — расширенная гастроплеэктомия с лимфодиссекцией, наложение пищеводно-тонкокишечного анастомоза (02.12.11).

При контрольном обследовании 17.04.12 выявлен рецидив опухоли в зоне анастомоза, на биопсии — аденокарцинома. Клинически определяется дисфагия III стадии, эндоскопически — сужение просвета анастомоза до 3 мм. При рентгенологическом исследовании — стеноз анастомоза на протяжении 1,5 см.

Проведенным консилиумом принято решение о высокой степени риска повторного оперативного вмешательства и рекомендовано применение консервативного метода — эндоскопического стентирования, которое выполнено 28.04.12 в условиях операционной под общим обезболиванием.

Проведена баллонная дилатация (Wilson Cook — QD8×8 диаметром 8 мм) (рис. 1). Под рентгеноэндоскопическим контролем (Olimpus CV-150 Exera и Siemens Siremobil Compact L) осуществлено стентирование (рис. 2) саморасправляющимся стентом Nanarostent с антирефлюксным клапаном HEV-18-90-070. Использован проводник Wilson Cook диаметром 0,35 дюйма.

Для более точного позиционирования стента использовалась дополнительная рентгеноконтрастная маркировка краев стеноза путем присоединения металлического объекта (скрепка, см. рис. 2, а), закрепленного лейкопластырем.

В раннем послеоперационном периоде болевой синдром отмечался в течение 1 сут, купирован наркотическим анальгетиком.

На 2-е сутки проведен рентгенологический контроль с водорастворимым контрастным веществом Ультравистом. Пассаж контрастного вещества в тонкую кишку без особенностей.

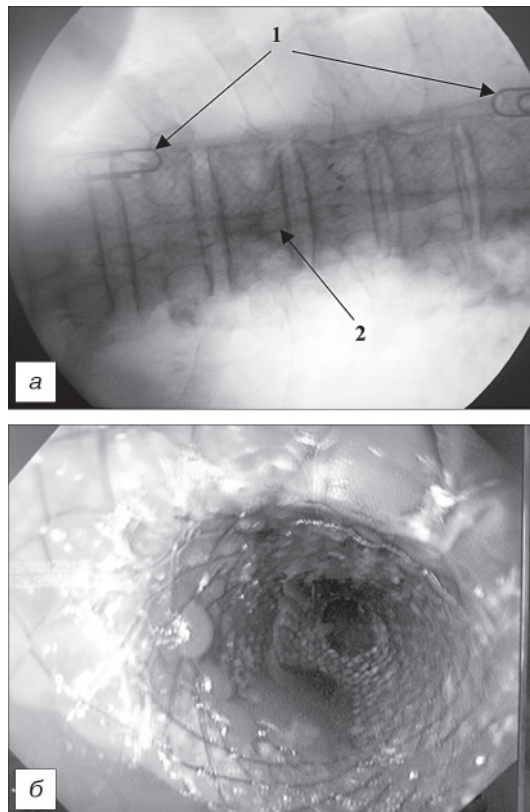


Рис. 2. Стентирование.

а — рентгеноконтрастные метки (1) и стент (2); б — эндосфото — стент в расправленном состоянии.

Больная выписана из стационара 02.05.12 под динамическое наблюдение онколога.

Таким образом, применение стентирования при развитии стеноза в зоне анастомоза в результате рецидива рака позволяет быстро добиться восстановления энтерального питания, что обеспечивает коррекцию нутриционного статуса и качества жизни.

Данный подход может быть рекомендован в качестве альтернативы повторной операции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чайка А.В. Хирургическое лечение рецидивов рака желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук М.; 2006.
2. Янкин А.В. Современная хирургия рака желудка. Практическая онкология. 2009; 10(1): 12–9.
3. Косьяков Б.А., Шальков Ю.Л., Акперов И.А. Эффективность фиксированной гастростомы. Кубанский научный медицинский вестник. 2010; 6: 58–61.
4. Laasch H.U., Martin D.F., Do Y.S. et al. Interventional radiology for the management of inoperable carcinoma of the oesophagus. Endoscopy. 2003; 35(12): 1049–57.
5. Choi S.J., Kim J.H., Choi J.W. et al. Fully covered, retrievable self-expanding metal stents (Niti-S) in palliation of malignant dysphagia: long-term results of a prospective study. Scand. J. Gastroenterol. 2011; 46(7–8): 875–80.
6. Yousef B., Davood D. Palliative treatment of malignant esophageal, esophagogastric junction and anastomotic strictures with self-expandable stents. Indian J. Gastroenterol. 2006; 25(4): 217–8.

#### REFERENCES

1. Chajka A.V. Surgical treatment of cancer of the stomach: the abstract of dissertation for MD. Moscow; 2006 (in Russian).
2. Jankin A.V. The modern surgery gastric cancer. Practical Oncology. 2009; 10(1): 12–9 (in Russian).
3. Kosjakov B.A., Shal'kov Ju.L., Akperov I.A. The effectiveness of the fixed gastrostomy. Kuban scientific medical journal. 2010; 6: 58–61 (in Russian).
4. Laasch H.U., Martin D.F., Do Y.S. et al. Interventional radiology for the management of inoperable carcinoma of the oesophagus. Endoscopy. 2003; 35(12): 1049–57.
5. Choi S.J., Kim J.H., Choi J.W. et al. Fully covered, retrievable self-expanding metal stents (Niti-S) in palliation of malignant dysphagia: long-term results of a prospective study. Scand. J. Gastroenterol. 2011; 46(7–8): 875–80.
6. Yousef B., Davood D. Palliative treatment of malignant esophageal, esophagogastric junction and anastomotic strictures with self-expandable stents. Indian J. Gastroenterol. 2006; 25(4): 217–8.

Поступила 04.04.13