**МЕТОД ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА**

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы,

Казахстан

**Жураев Ш.Ш., Байтилеуов Т.А., Шайхиев Е.У., Садыков Н.К., Шокебаев А.А., Маметова Т.А.**

Цель: Изучить эффективность эзофагеального стентирования у больных с дисфагией на фоне рака пищевода.

Материалы и методы: В Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова метод эзофагеального стентирования внедрен в практику с 2009 года. За указанный период, стентирование было произведено 20 пациентам. Во всех случаях, стентирование было проведено по поводу дисфагии, вызванной неоперабельными онкологическими заболеваниями -раком пищевода (14 случаев), или, раком желудка с переходом на пищевод (6 случаев).

В работе использовались наборы для эзофагеального стентирования «Boubella-E», производства компании «Ella-CS» (Чехия). Первые имплантации стентов проводили под двойным - рентгеноскопическим и эндоскопическим - контролем. Эндоскопическое контролирование момента имплантации позволяло более точно определить наилучшую позицию для стента, однако, тяжелее переносилось больными. 7 пациентам стентирование провели только под прямым рентгеноскопическим контролем, а уже после имплантации стента производили эндоскопический контроль. При этом, в случае необходимости, осуществляли эндоскопическую коррекцию позиции стента.

Сразу после стентирования, с целью выявления возможных осложнений процедуры (например, перфорации пищевода) и для подтверждения проходимости стента, помимо контрольной эзофагоскопии, в пищевод вводили контрастный препарат. После прекращения действия седативных препаратов, больному позволялось выпить небольшое количество воды. На следующий день снова выполнялась эзофагоскопия, для уточнения необходимости дополнительных вмешательств. Например, недостаточно раскрывшийся стент мог потребовать дополнительной баллонной дилатации. При миграции устройства, возможно провести эндоскопическую коррекцию его позиции. Если, по данным эзофагоскопии, подтверждалось правильное положение и проходимость стента, пациент переводился на пероральное питание. Рекомендовалось употребление размельченной пищи с тщательным ее пережевыванием и употребление карбонатной минеральной воды после еды для уменьшения рефлюкса и очищения просвета стента.

При опухолевом поражении нижней трети пищевода или эзофаго-кардиальной форме рака, для исключения пищеводного рефлюкса применяли стенты с антирефлюксным клапаном.

Непосредственный технический успех был достигнут в 100% случаев. Серьезных осложнений при проведении стентирования в нашем наблюдении не было. К незначительным осложнениям можно причислить кровотечение из опухоли малой интенсивности, которое наблюдалось у 6 пациентов, и во всех случаях легко поддавалось консервативному гемостазу. У всех 20 пациентов была восстановлена возможность к естественному употреблению пищи, что значительно улучшило качество жизни данных больных.

Таким образом, паллиативное лечение дисфагии при неоперабельной карциноме пищевода или рецидиве карциномы на месте анастомоза - важная проблема, требующая решения. Стентирование пищевода является современным, малоинвазивным и эффективным методом лечения данной патологии.