

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ГБУЗ «Центр паллиативной
помощи ДЗМ»



Фонд помощи
хосписам

Вера

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

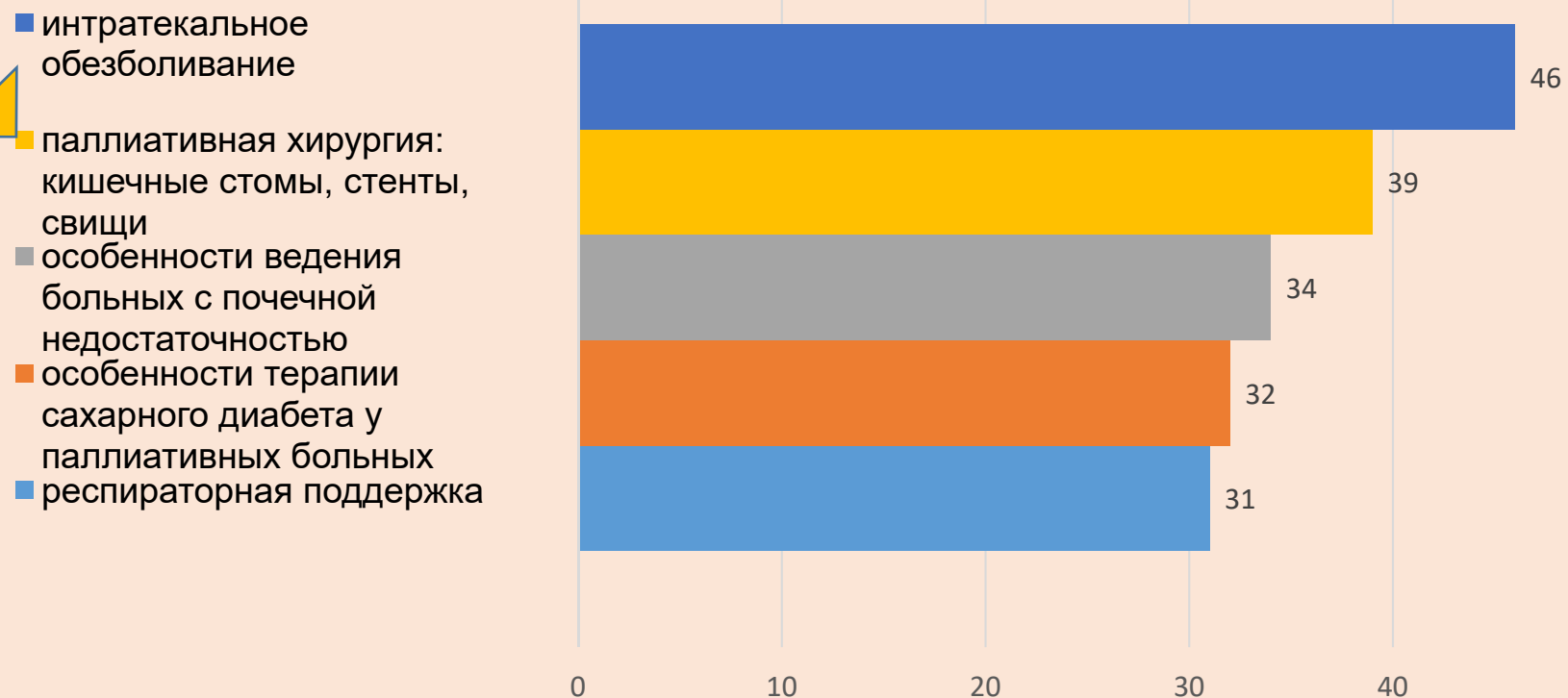
СТЕНТИРОВАНИЕ

Москва, 2021 г.

По результатам исследования, проведенного среди врачей ЦПП*, почти половина из них считают паллиативную хирургию актуальной темой обучения

Какие темы обучения актуальны для опытных специалистов?

o18



Исследование «Актуальные вопросы обучения в ЦПП», 104 респондента-врача ЦПП, Май 2020

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Уровень пищевода:

- эндоскопическое стентирование пищевода,
- эндоскопическое лигирование вен пищевода

Уровень бронхиального дерева :

- эндоскопическое стентирование трахеобронхиального дерева
- Наложение трахеостом (при опухоли гортани, например)

Уровень желудка:

- эндоскопическое стентирование кардии и пилорического отдела желудка, двенадцатиперстной, толстой кишки;
эндоскопическое лигирование вен желудка
- чрескожная пункционная эндоскопическая гастростомия;

Уровень желчевыводящих путей и поджелудочной железы:

- эндоскопическое стентирования желчевыводящих протоков *
- эндоскопическое стентирования 12-перстной кишки

Уровень кишечника:

- Чрескожная пункционная эндоскопическая еюностомия

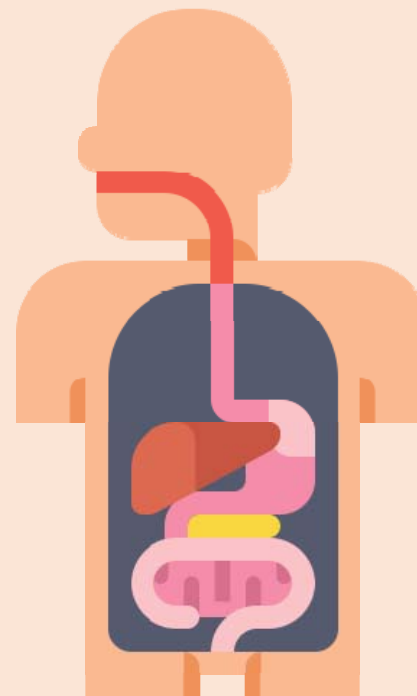
СТЕНТИРОВАНИЕ
ПИЩЕВОДА
ЖЕЛУДКА
КИШЕЧНИКА

**ГДЕ И ДЛЯ ЧЕГО
УСТАНАВЛИВАЮТ СТЕНТЫ**



ГДЕ?

ПИЩЕВОД
ЖЕЛУДОК
12-ПЕРСТНАЯ КИШКА
ТОЛСТАЯ КИШКА



ДЛЯ ЧЕГО?

Восстановление проходимости органа

Фиксация просвета пищевода, желудка, 12-перстной кишки, толстой кишки при опухолях органов ЖКТ, при сдавлении опухолями окружающих тканей (легкие, средостение, матка, печень и др.)

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- ✓ стеноз и/или обтурация пищевода опухолью
- ✓ стеноз и/или обтурация опухолью пищеводно-желудочного перехода
- ✓ неразрешимые стриктуры пищевода
- ✓ трахеопищеводные свищи
- ✓ жизненный прогноз более 1 месяца



Цель - восстановление способности больного к пероральному принятию пищи, жидкости, лекарственных препаратов

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- ✘ Тяжелое соматическое состояние пациента
- ✘ Риск развития кровотечений
- ✘ Генерализованное опухолевое поражение пищевода
- ✘ Техническая невозможность проведения стента через суженный участок – плотность опухоли
- ✘ Жизненный прогноз менее 1 месяца

СТЕНТИРОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖКТ



ЗА

Улучшение качества жизни пациента

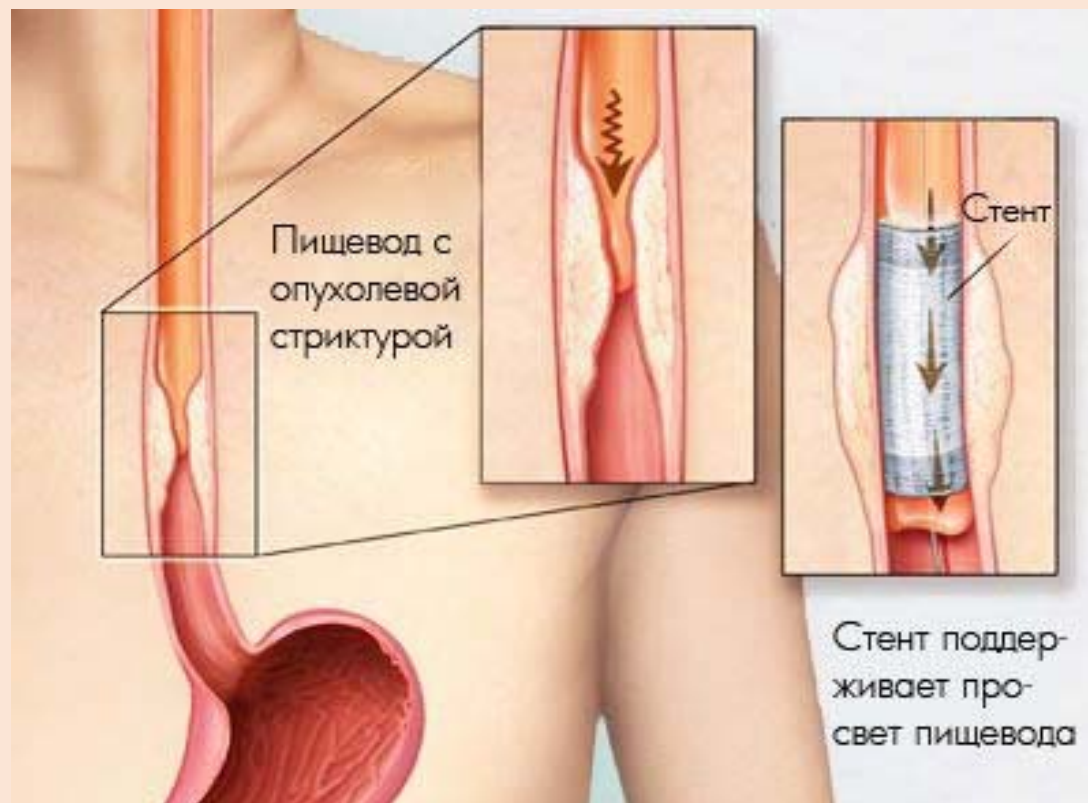
- отсутствие противоестественных отверстий и необходимости ухода за стомами
- возможность питаться и испражняться естественным путем



ПРОТИВ

- Ограниченная доступность для проведения малоинвазивной хирургии в регионах из-за отсутствия материально-технической базы и возможности обеспечения расходными материалами
- Риск ухудшения качества жизни из-за развития осложнений
- Риск ухудшения состояния пациента при транспортировке

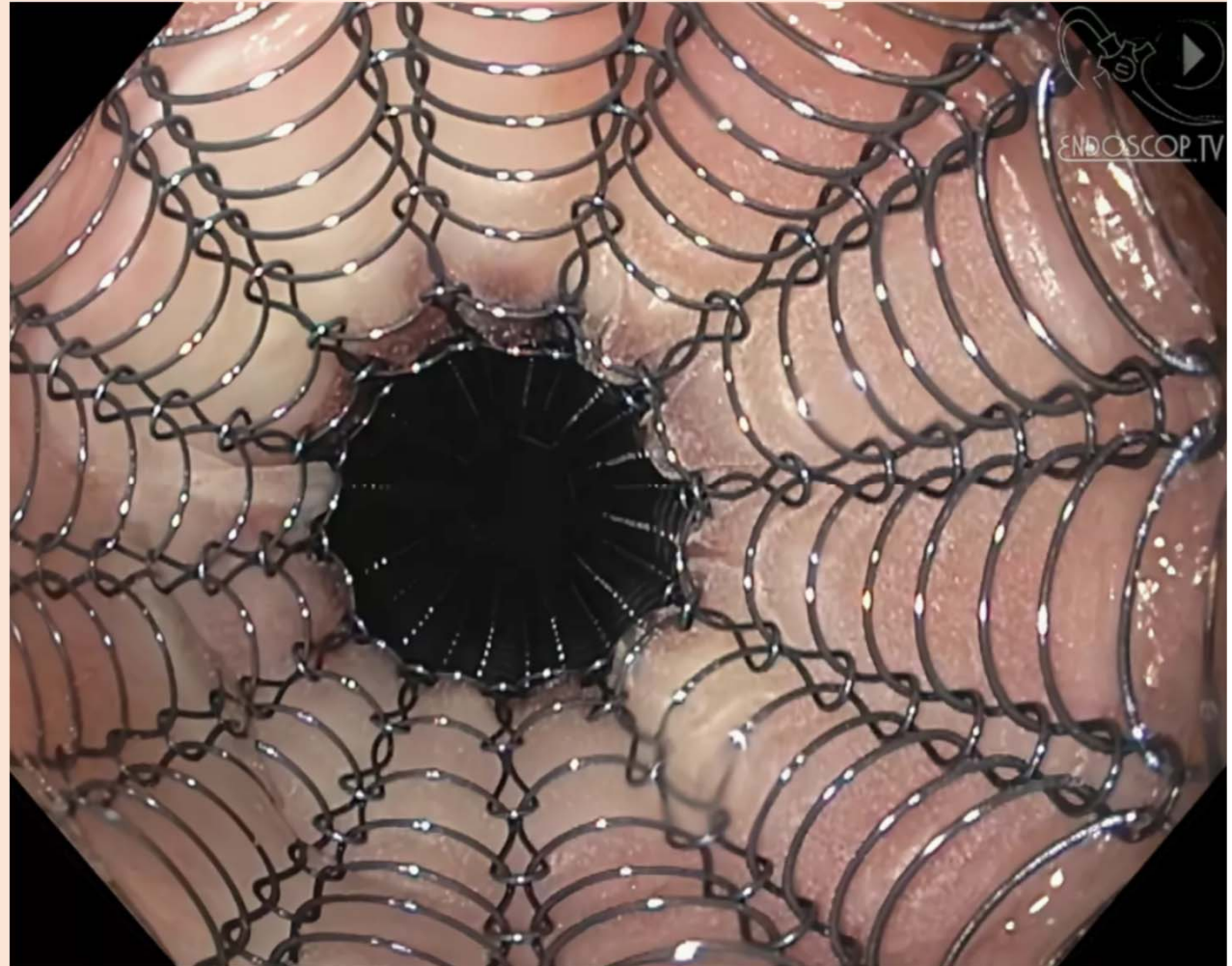
КАК УСТАНАВЛИВАЮТ СТЕНТ В ОБЛАСТЬ ОПУХОЛЕВОГО СТЕНОЗА



Sasaki R, Sakai Y, Tsuyuguchi T, et al. Endoscopic management of unresectable malignant gastroduodenal obstruction with a nitinol uncovered metal stent: a prospective Japanese multicenter study. *World J Gastroenterol* 2016;22:3837-44

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ

- Перфорация стентуемого органа
- Кровотечения
- Миграция стентов



КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1



ПАЦИЕНТ М., 78 ЛЕТ

Диагноз

Рак пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка. Степень риска хирургического вмешательства высокая.

Признан нуждающимся в паллиативной помощи

При поступлении

Состояние средней тяжести, в сознании

Жалобы на потерю веса на 10 кг за 2 последних месяца, затруднения при глотании жидкой пищи

Объективно

Дряблость кожных покровов, мышечная атрофия в области жевательных и дельтовидных мышц.

Дыхание самостоятельное, компенсированное.

АД 130/80, пульс 100 ударов в минуту,

Живот мягкий, безболезненный

Диурез снижен

ИМТ 15 кг/м²

Б/х анализ крови

Альбумин 23 г/л, общий белок 50 г/л

Дисфагия 3 степени

Тяжелая степень нутритивной недостаточности

гастростома или стентирование?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1

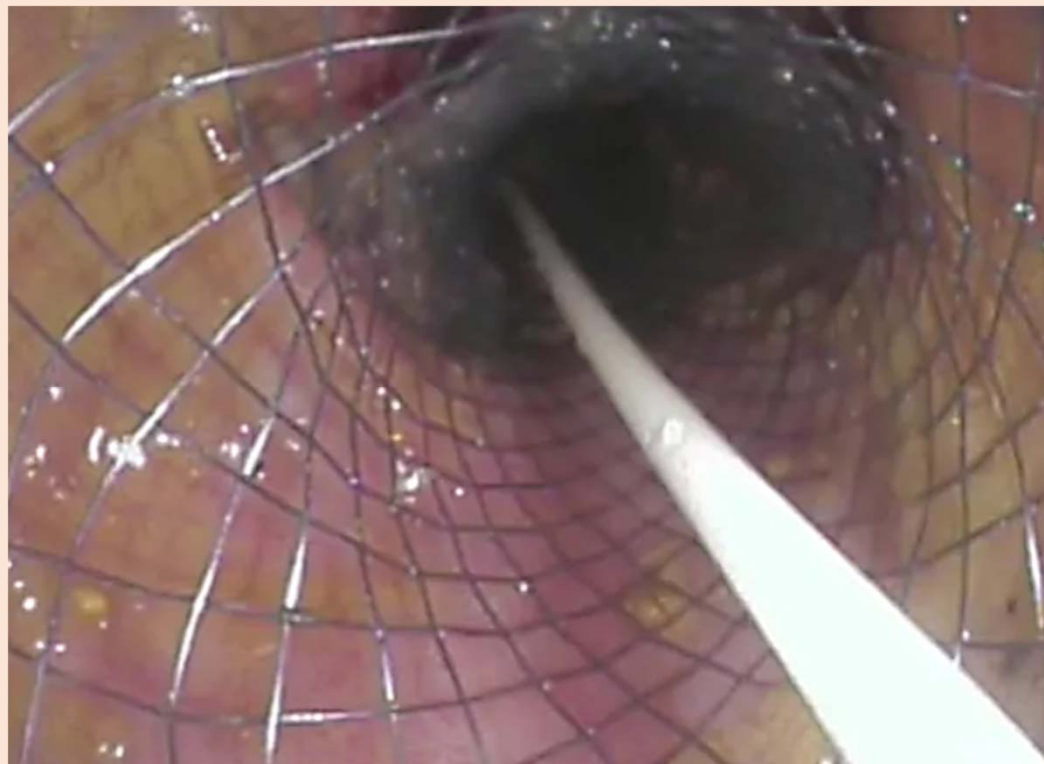


ПАЦИЕНТ М., 78 ЛЕТ

Наиболее оптимальным является стентирование пищевода

УСЛОВИЯ

- под местным обезболиванием или с в/в седацией
- в эндоскопическом кабинете под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем



[Use of stents in benign and malignant esophageal disease.](#) Papachristou GI, Baron TH. Rev Gastroenterol Disord. 2007 Spring;7(2):74-88.

Gaidos J.K.J., Draganov P.V. Treatment of malignant gastric outlet obstruction with endoscopically placed self-expandable metal stents. World J Gastroenterol.— 2009.— Vol. 15, No. 35.— pp. 4365–4371

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1



ПАЦИЕНТ М., 78 ЛЕТ

Что делать в случае развития рецидива дисфагии?



Повторное стентирование для восстановления проходимости пищевода при жизненном прогнозе более 1 месяца

СТЕНТИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО И ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

ПОКАЗАНИЯ

Стенозирующая опухоль кардиального и пилорического отдела желудка

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Тяжелое соматическое состояние пациента
- Риск развития кровотечений
- Техническая невозможность проведения стента через суженный участок
- Плотность опухоли
- Жизненный прогноз менее 1 месяца

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2

ПАЦИЕНТКА С., 63 ЛЕТ

Диагноз

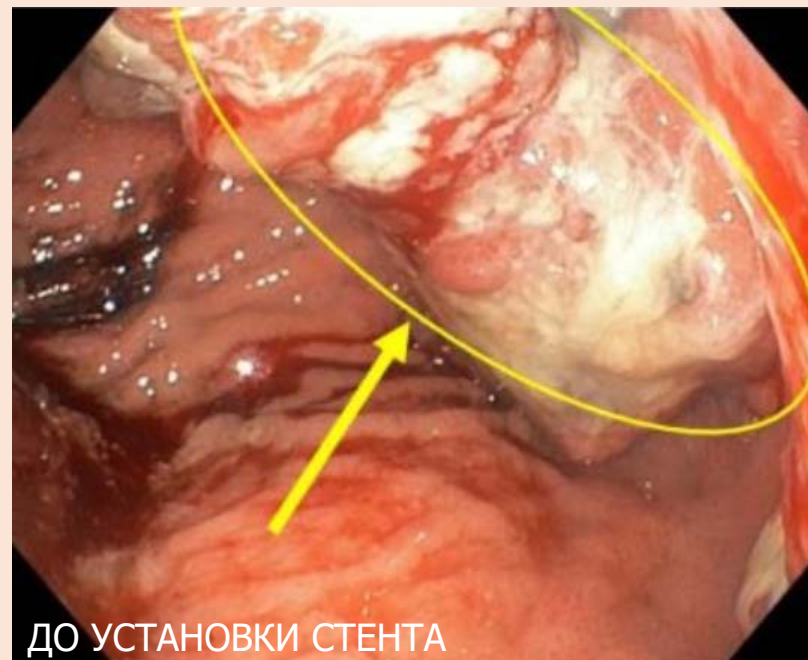
Неоперабельная стенозирующая опухоль желудка

Из анамнеза

С жалобами на непрекращающуюся рвоту, отказ от пищи поступила в многопрофильную клинику.

При обследовании стеноз пилорического отдела желудка. Диагностическая лапароскопия.

Установка саморасширяющегося стента длиной 7 см. На первые сутки после операции пациентка переведена в палату и начала самостоятельно питаться.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2



ПАЦИЕНТКА С., 63 ЛЕТ

Результаты установки стента

- Результат достигается в ходе операции: просвет проходим, восстановлен пассаж пищи из желудка в кишечник
- Не было осложнений
- Короткие сроки реабилитации
- Возможность принимать пищу, жидкость
- Возможность принимать лекарственные препараты естественным способом
- Улучшение качества жизни

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2



ПАЦИЕНТКА С., 63 ЛЕТ

Признана пациенткой, нуждающейся в паллиативной помощи

Находится под наблюдением выездной патронажной службы

На что следует обращать внимание врачу паллиативной помощи?

Внимание к жалобам пациентки (нарушение питания, жалобы на распирание в желудке, чувство тяжести в животе, боли, тошноты, рвоты, задержка или отсутствие стула)

Если появились жалобы на рвоту
застойным желудочным содержимым, —————> **пища не проходит**
с гнилостным запахом



жизненный прогноз

более 1 месяца
возможно проведение
рестентирования

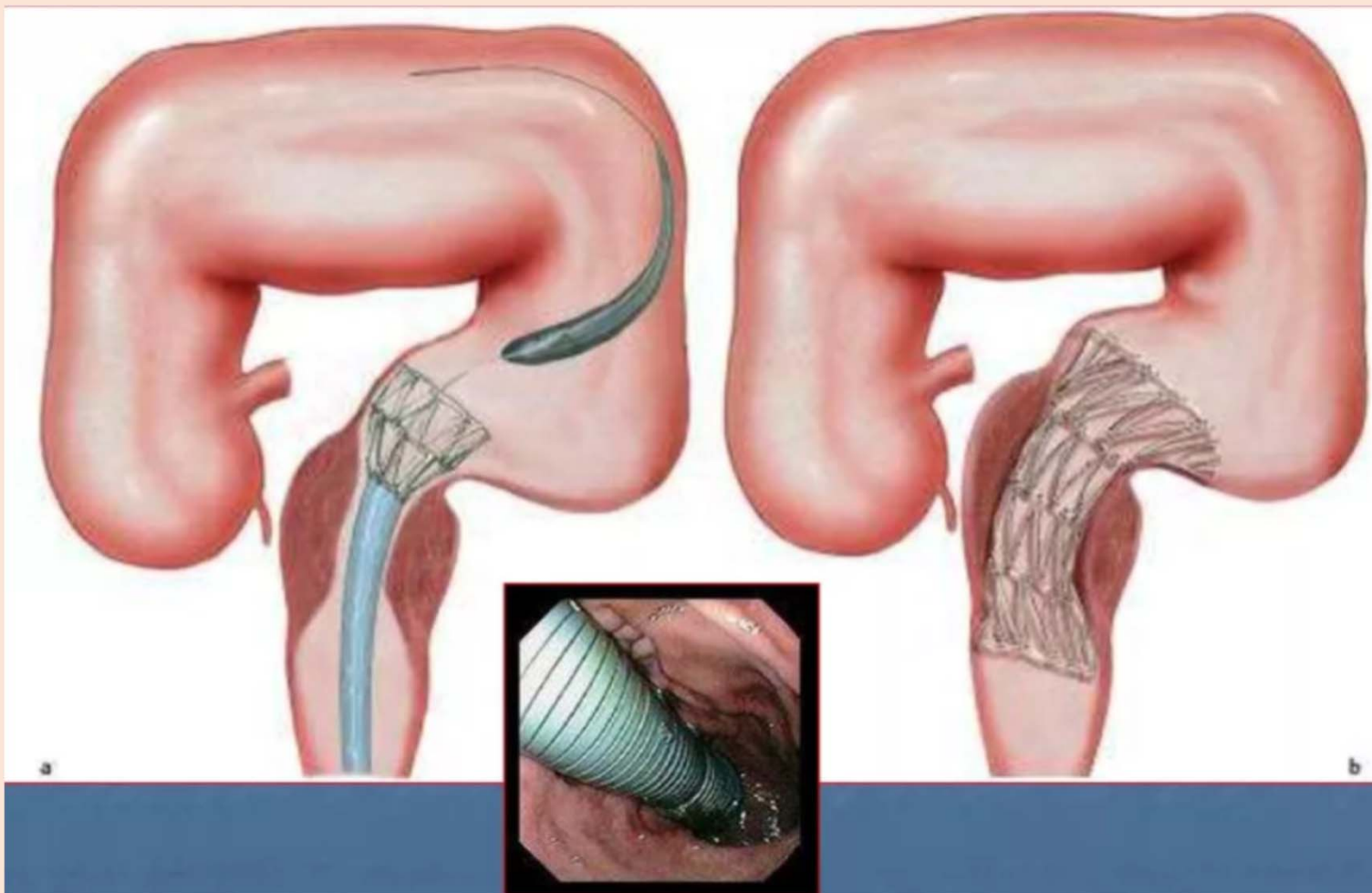
менее 1 месяца
ведение пациентки на
парентеральном питании

СТЕНТИРОВАНИЕ КИШЕЧНИКА

СТЕНТИРОВАНИЕ КИШКИ

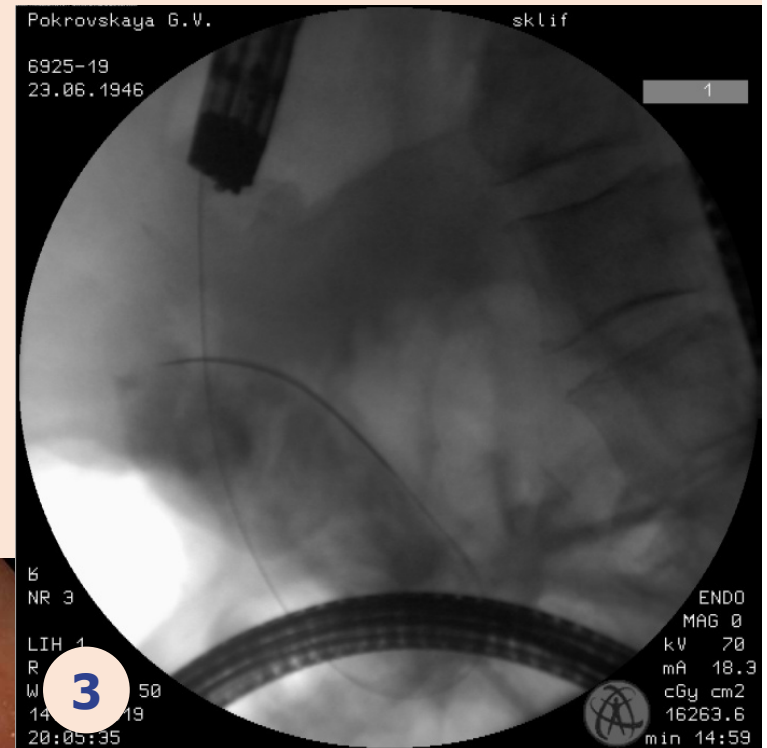
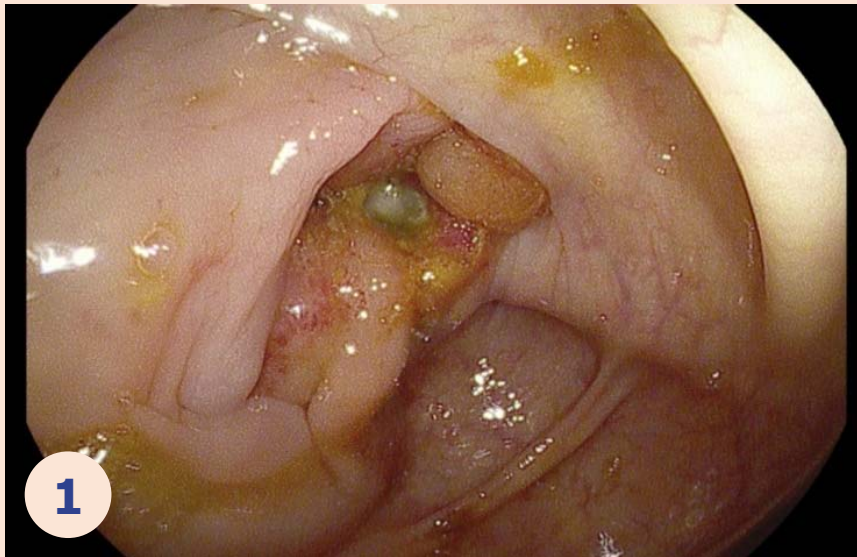
При кишечной непроходимости

- на фоне колоректального рака
- при стенозе анастомоза после операции по поводу рака толстой кишки

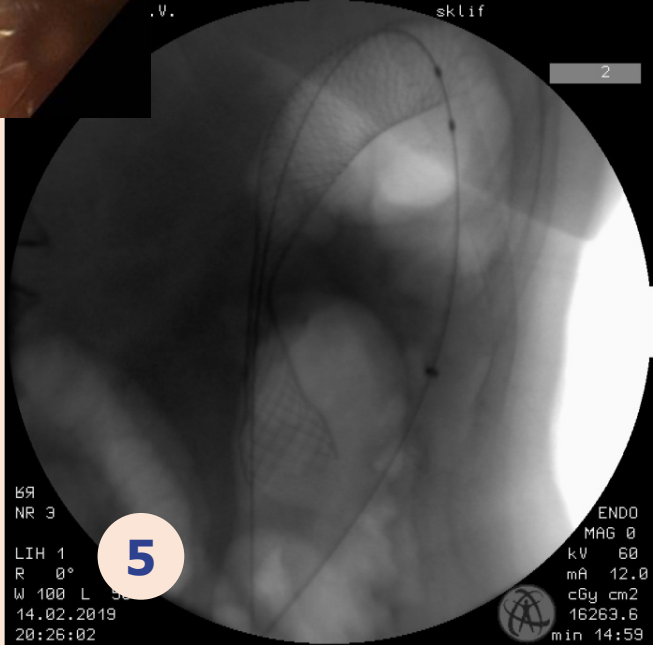
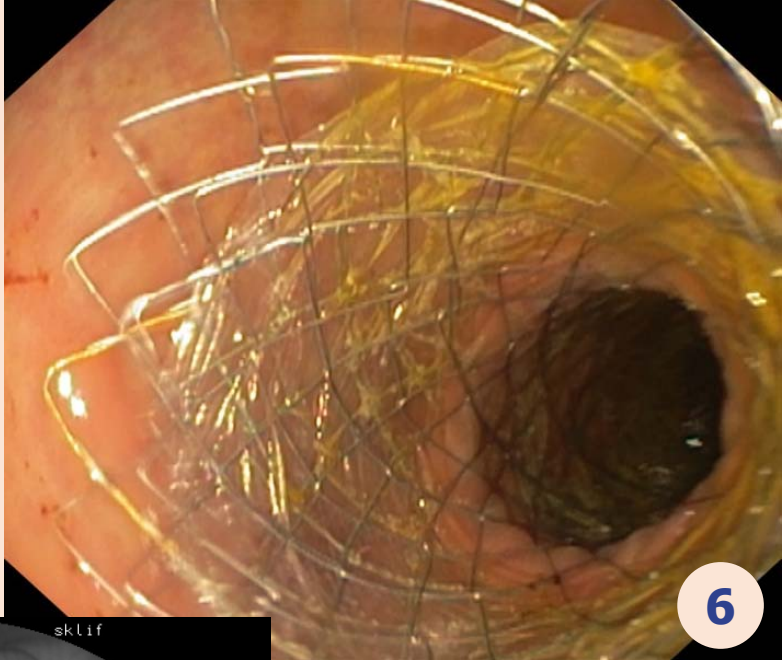
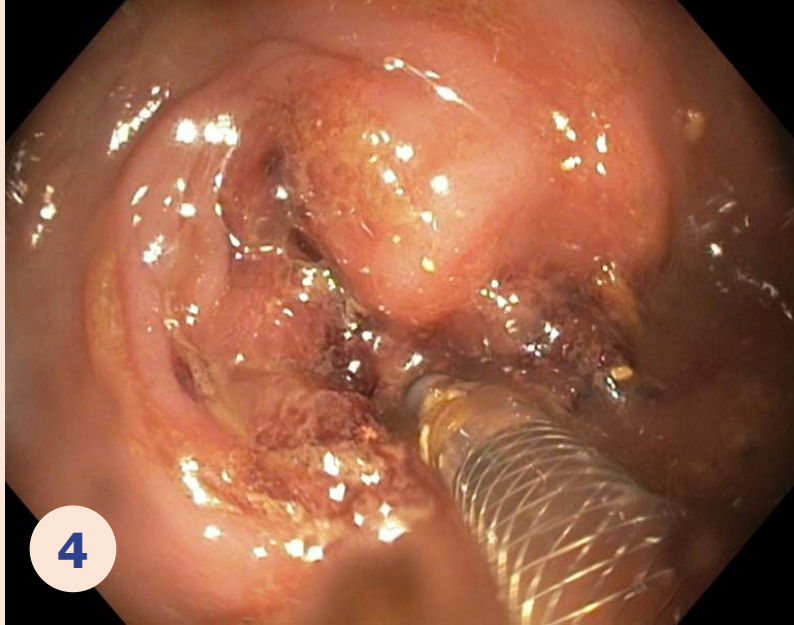


МЕТОДИКА СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГМХ6



МЕТОДИКА СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ



6925-19
23.06.1946

2

69
NR 3

LIH 1
R 0°
W 100 L 50
14.02.2019
20:26:02

ENDO
MAG 0
kV 60
mA 12.0
cGy cm2
16263.6
min 14:59



ПОКАЗАНИЯ

состояния, сопровождающиеся механической желтухой

- ✓ стеноз и/или обтурация желчевыводящих протоков опухолью
- ✓ стриктуры желчевыводящих протоков
- ✓ сдавление желчевыводящих протоков извне





Восстановление пассажа желчи



Разрешение желтухи

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

тяжелое общесоматическое состояние пациента на фоне

-  Генерализации процесса заболевания с коротким жизненным прогнозом
-  Распад опухоли с развитием кровотечения

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ



Риск развития панкреатита
вплоть до панкреонекроза

*Стентирование всегда проводится
с использованием контраста*

СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ



ЗА

- Предотвращение преждевременной смерти от механической желтухи
- Облегчение тягостной симптоматики: кожного зуда, тошноты, явления энцефалопатии,



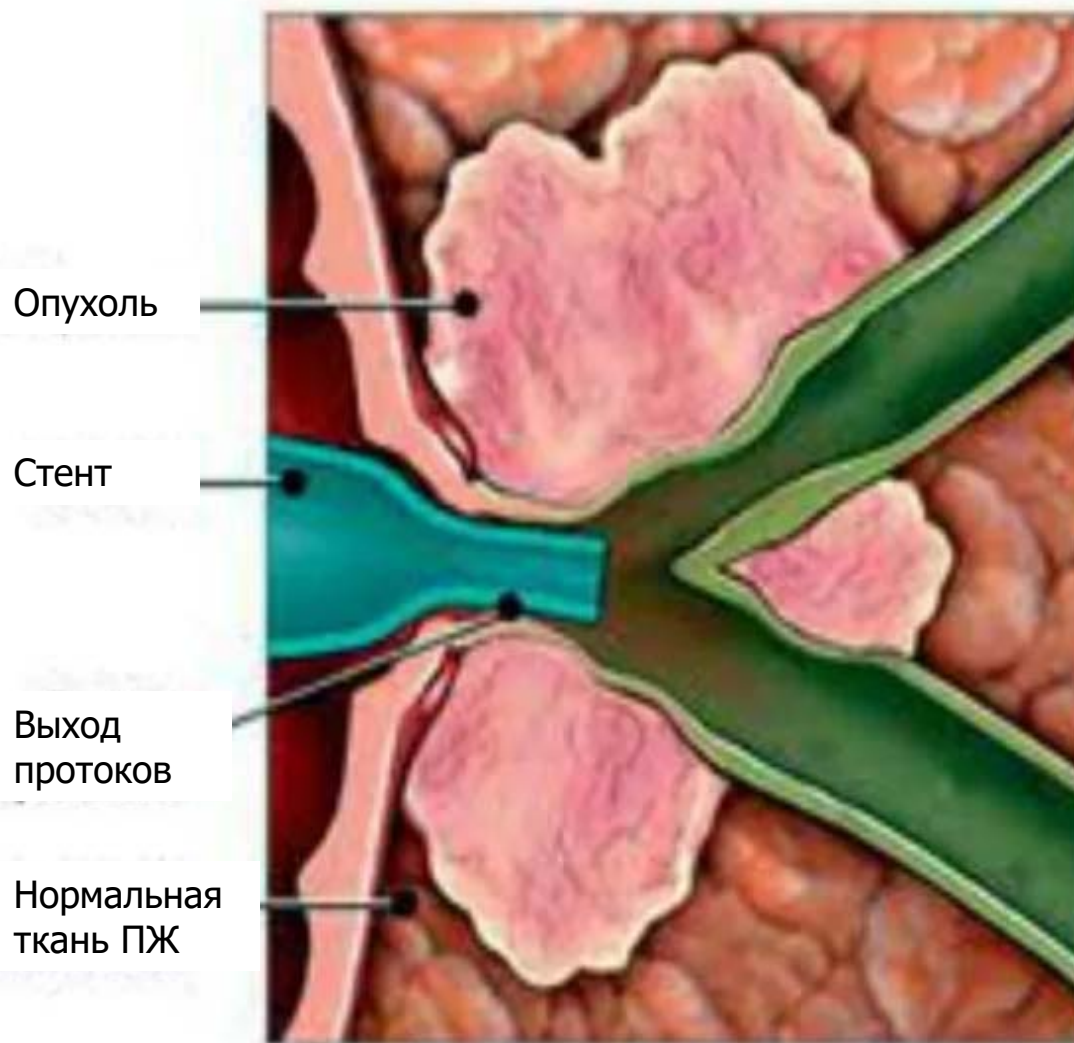
ПРОТИВ

- Риск развития панкреатита вплоть до панкреонекроза
- Ограниченная доступности для проведения малоинвазивной хирургии в регионах
- Сложности транспортировки в специализированный стационар
- Риск ухудшения состояния пациента при транспортировке

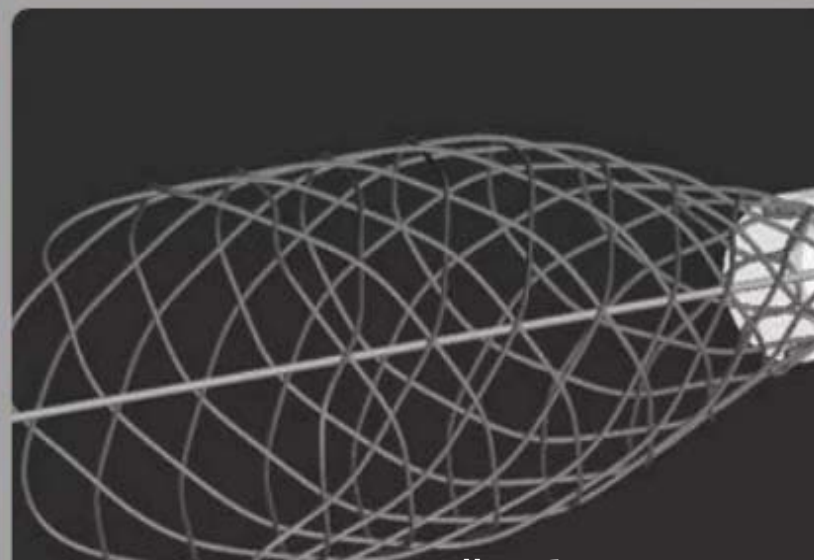
**ОБЩИЙ ПРИНЦИП ЗАМЕНЫ
ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПАЛЛИАТИВНОГО
ПРОФИЛЯ –**

ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛТУХИ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ



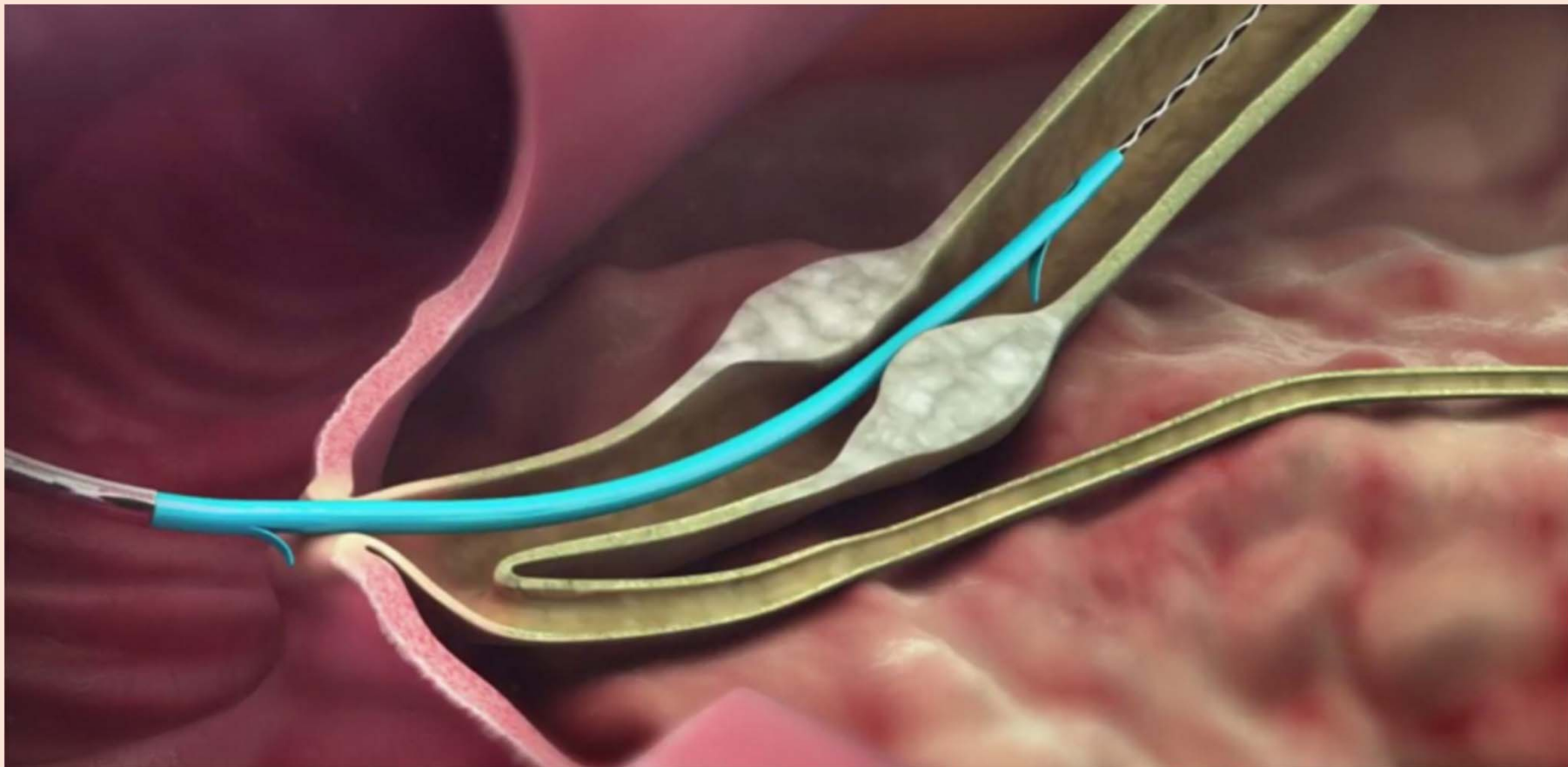
Саморасширяющийся с покрытием:
Рекомендована замена через 8-12 месяцев



Саморасширяющийся без покрытия:
не заменяют, при прорастании опухоли в стент, в старый стент заводится новый

ПЛАСТИКОВЫЙ СТЕНТ

РЕКОМЕНДОВАНО МЕНЯТЬ ЧЕРЕЗ 3-6 МЕСЯЦЕВ



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

ПОКАЗАНИЯ К СТЕНТИРОВАНИЮ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

- ✓ Обтурация просвета трахеи или главного бронха при наличии жизнеспособной ткани в нижних отделах легкого
- ✓ Наличие трахеопищеводного, либо бронхопищеводного свища
- ✓ Рубцовый стеноз трахеи
- ✓ Стриктуры анастомозов
- ✓ Злокачественные опухоли трахеи, средостения, обтурирующие просвет трахеи
- ✓ Рак пищевода с прорастанием в стенку трахеи

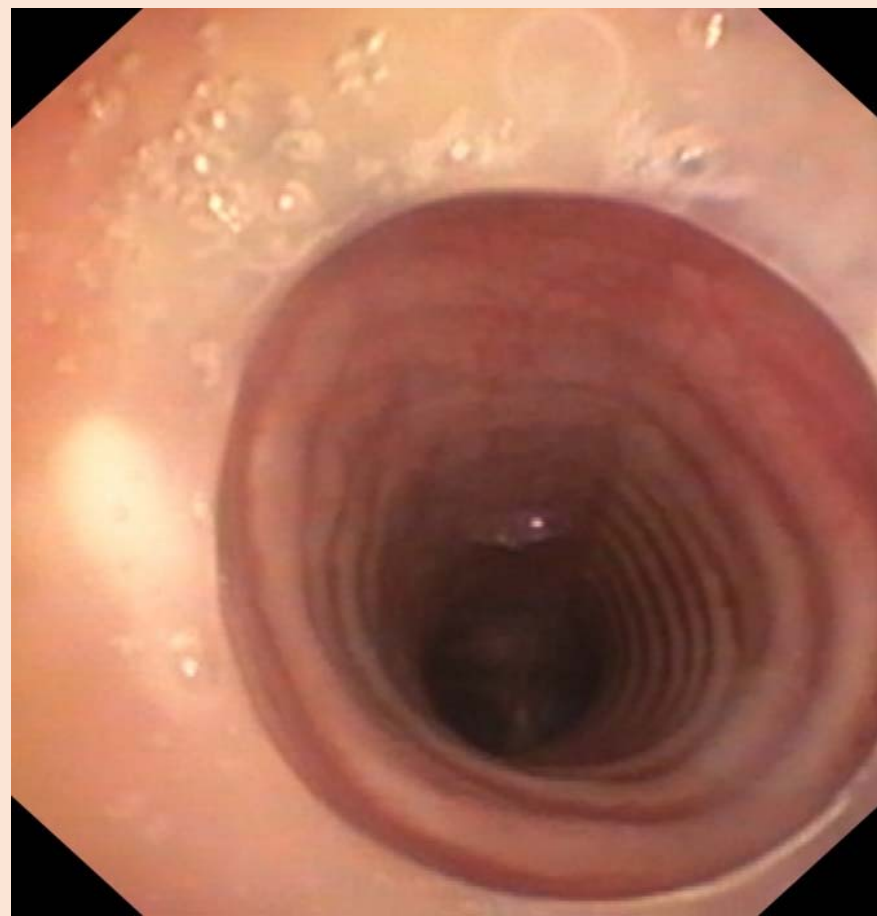
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СТЕНТИРОВАНИЮ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

- ✘ Необходимость ИВЛ после операции
- ✘ Крайне тяжелое состояние пациента с ожидаемой короткой продолжительностью жизни
- ✘ Предельно высокие стенозы, близкие к голосовым связкам

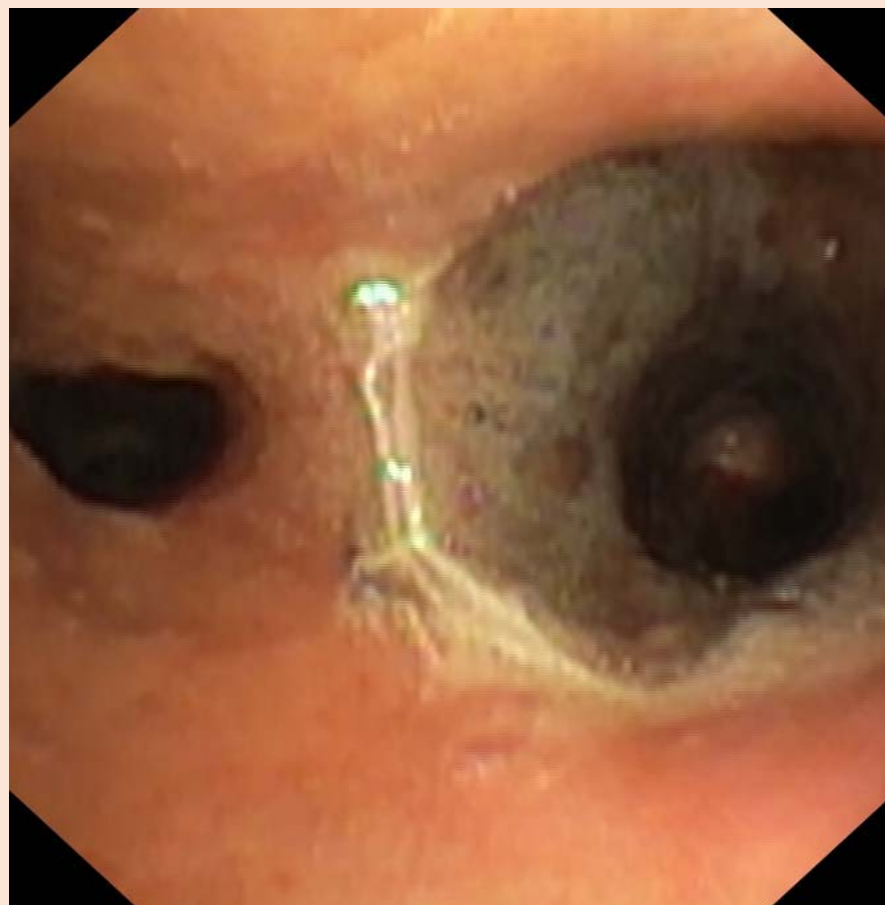
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Кровотечение
- Перфорация стенки трахеи или бронха
- Аспирационная пневмония
- Пневмоторакс или пневмомедиастинум вследствие перфорации стенки

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА



ЗА

- Улучшение качества жизни пациента, в том числе повышения возможностей социальной адаптации и длительности жизни пациентов
- **компенсация дыхательной недостаточности**
- возможность проведения консервативной терапии



ПРОТИВ

- Риск развития осложнений
- Ограниченная доступность для проведения малоинвазивной хирургии в регионах из-за отсутствия материально-технической базы и возможности обеспечения расходными материалами
- Риск ухудшения состояния пациента при транспортировке

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ПАЦИЕНТКА Р. 55 ЛЕТ

Диагноз

ИБС, ПИКС, ИМ неизвестной давности.
Артериальная гипертензия III ст, 3ст,
риск ССО 4. Ожирение 3 степени
сопровождающееся гиповентиляцией.
СД 2 типа перенесенная
коронавирусная инфекция

Дистония трахеи и бронхов 3 степени,
трахеомалация. Состояние после
трахеостомии

Отмечается снижение уровня
сатурации, явления дыхательной
недостаточности. При ФБС у
дистального края трахеостомической
трубки выявлен рубцовый стеноз
трахеи диаметром до 0,5 см

КАК ПОМОГЛИ

Больная переведена в НИИ СП
имени Н.В. Склифосовского, где
пациентке выполнена ригидная
трахеоскопия

Бужирование стеноза трахеи и
установка армированной
регулируемой по длине
трахеостомической трубки №9,0,
дистальный край которой
установлен ниже области сужения

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!