



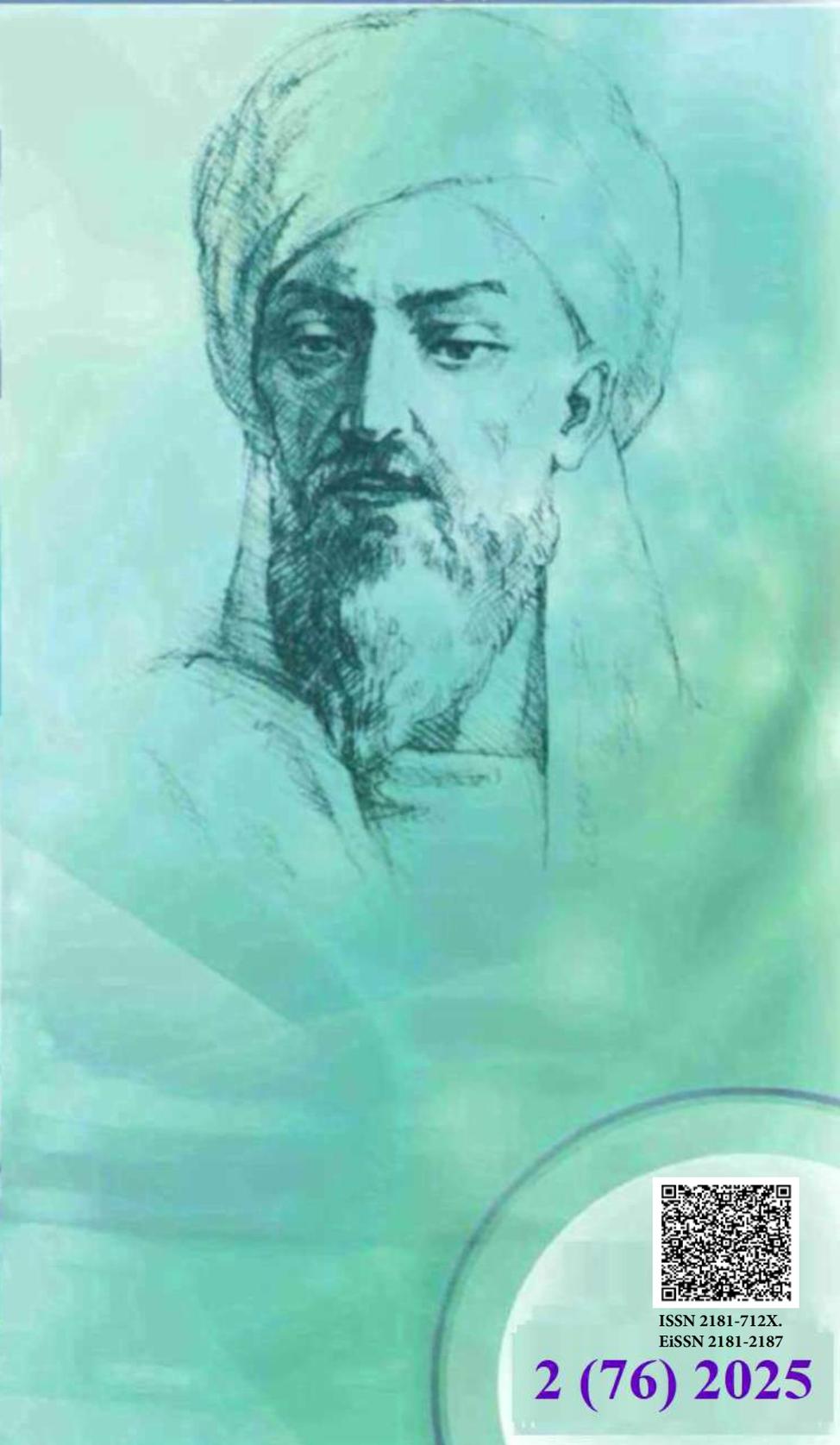
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616.329-006.6-089

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ
РАКЕ ПИЩЕВОДА (Собственные данные)**

Шамурадов Илхом Исмаилович <https://orcid.org/0009-0009-8239-5248>

Акрамов Ахтам Раббимович. <https://orcid.org/0009-0008-9192-7640>

Самаркандский Филиал Республиканского Специализированного Научно Практического
Медицинского Центра Онкологии и Радиологии Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амир Шох Мурод,
86.

Самаркандский Государственный медицинский Университет
г.Самарканд, ул.Амир Шохмурод 86. Тел.66-235-14-34, E-mail: Shamuradov95@mail.ru

✓ **Резюме**

В случаях нерезектабельности рака пищевода нарастание степени выраженности дисфагии практически встречается постоянно. Стентирование пищевода наименее травматичное и эффективное вмешательство, значительно улучшающее качество жизни пациентов, тем самым в большей степени сохраняющее их психологическое здоровье.

Ключевые слова: Кардиоэзофагеальный рак, дисфагия, стентирования, нерезектабельные рак.

ENDOSCOPIC STENTING FOR UNRESECTABLE ESOPHAGEAL CANCER. (Own data)

Shamuradov Ilkhom Ismailovich <https://orcid.org/0009-0009-8239-5248>

Akramov Akhtam Rabbimovich. <https://orcid.org/0009-0008-9192-7640>

Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology
and Radiology Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Shokh Murod, 86.

Samarkand State Medical University Samarkand, Amir Shokhmurod st., 86.

Tel. 66-235-14-34, Shamuradov95@mail.ru

✓ **Resume**

In cases of unresectable esophageal cancer, the increase in the severity of dysphagia is almost always encountered. Esophageal stenting is the least traumatic and effective intervention, significantly improving the quality of life of patients, thereby preserving their psychological health to a greater extent.

Key words: Cardioesophageal cancer, dysphagia, stenting, unresectable cancer.

**REZEKTSIYA QILIB BO'LMAYDIGAN QIZILO'NGACH SARATONI UCHUN
ENDOSKOPIK STENTLASH (Shaxsiy malumotlar)**

Shamuradov Ilxom Ismoilovich <https://orcid.org/0009-0009-8239-5248>

Akramov Axtam Rabbimovich. <https://orcid.org/0009-0008-9192-7640>

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand
filiali O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Shoh Murod, 86 yosh.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti Samarqand, Amir Shohmurod ko'chasi, 86.

Tel. 66-235-14-34, Shamuradov95@mail.ru

✓ **Resume**

Gizilo'ngach saratoni norezektabl holatlarida disfagiya darajasini kuchayid borishi deyarli har doim uchraydi. Qizilo'ngachni stentlash eng kam shikastli va eng samarali aralashuv bo'lib, bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi va shu bilan ularning psixologik salomatligini ko'proq darajada saqlaydi.

Kalit so'zlar: Gizilo'ngach, kardio-ezofagal saraton, disfagiya, stentlash, rezektsiya amalga oshirilmaydigan saraton.

Актуальность

При раке пищевода одним из частых и характерным симптомом является дисфагия, которая в большинстве случаев является следствием его органического поражения. Для восстановления энтерального питания и устранения дисфагии в настоящее время в современной онкологической хирургии предпочтение дают к минимизации и мало инвазивности хирургических вмешательств. Настоящее время эндоскопические методы удовлетворяют эти требования и стали широко применяться, как для восстановления просвета пищевода, так и для поддержания энтерального питания нуждающихся в этом пациентов. Стентирование пищевода – это современный метод эндоскопической хирургии, направленный на расширение и сохранение просвета пищевода посредством устанавливаемых само расширяющихся стентов. Стентирование пищевода обладает меньшим количеством осложнений, повышает качества жизни и увеличивает продолжительности жизни больных [1,2,3,6,7,8].

В настоящий момент стентирования пищевода само расширяющимися стентами – это наиболее эффективный метод, используемый для поддержания проходимости пищевода при сужении просвета у неоперабельных пациентов с раком пищевода, также является методом выбора при лечении пациентов с пищеводными свищами злокачественной природы. Стентирование само расширяющимися стентами – это мало инвазивный метод восстановления проходимости пищевода, не требующий проведения общей анестезии и сопровождающийся минимальным количеством осложнений. Начало перорального питания возможно уже с первых суток после проведения вмешательства. Пищеводный стент обеспечивает адекватную проходимость, что влечет за собой увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни инкурабельных пациентов. [1,2,4,7,9,10,11] .

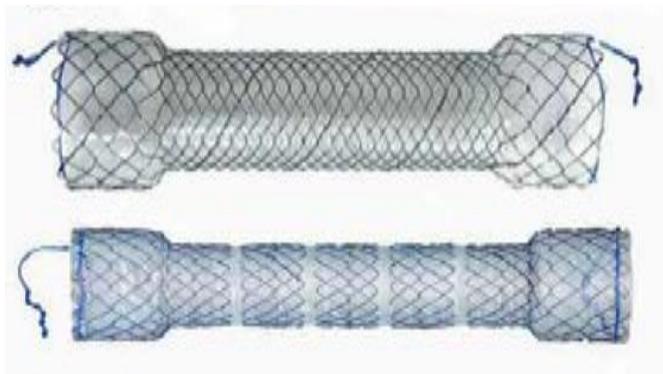
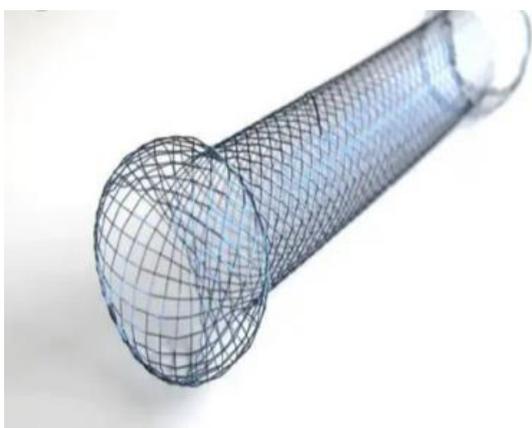
Цель исследования – восстановление функции и улучшение качества жизни больных при нерезектабельном раке пищевода.

Материал и методы

В отделении эндоскопии Самаркандского филиала Республиканского Специализированного Научно Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии в период 2023 – 2024 годах, установлены 48 больным само расширяющиеся стенты, при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией IV степени.

Установку стента проводили под контролем эндоскопа фирмы Pentax FD34V2 Япония и рентген аппарата С-Дуга КМС-650. Смотри рисунок 1.

Рисунок 1, 2. Использованный нами стент.



Характеристика стента: Все стенты оснащены доставляющим устройством, также имели против миграционный механизм, который состоит из нескольких сегментов, предотвращающих его миграцию при перистальтике.

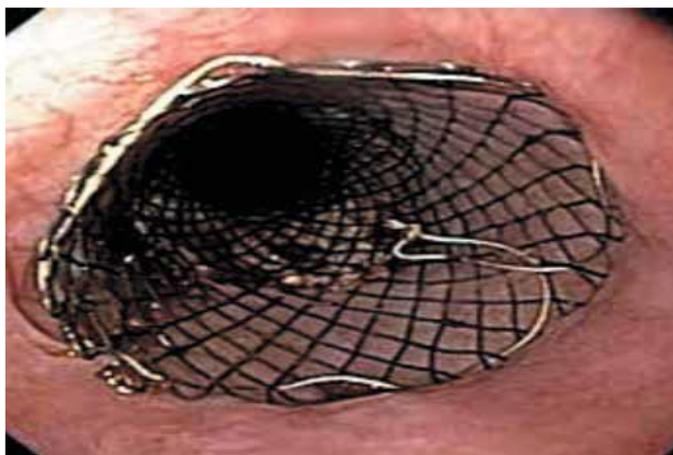


Рис. 2. Стент в просвете пищевода. Эндоскопическая картина.

Результат и обсуждения

По данным нашего исследования из 48 больных, мужчины составили - 34(70,8%), а женщины - 14 (29,2%), средний возраст составил 65-70 лет. Возрастной и половой аспект заболеваемости наблюдаемых нами больных раком пищевода показано в таблице 1.

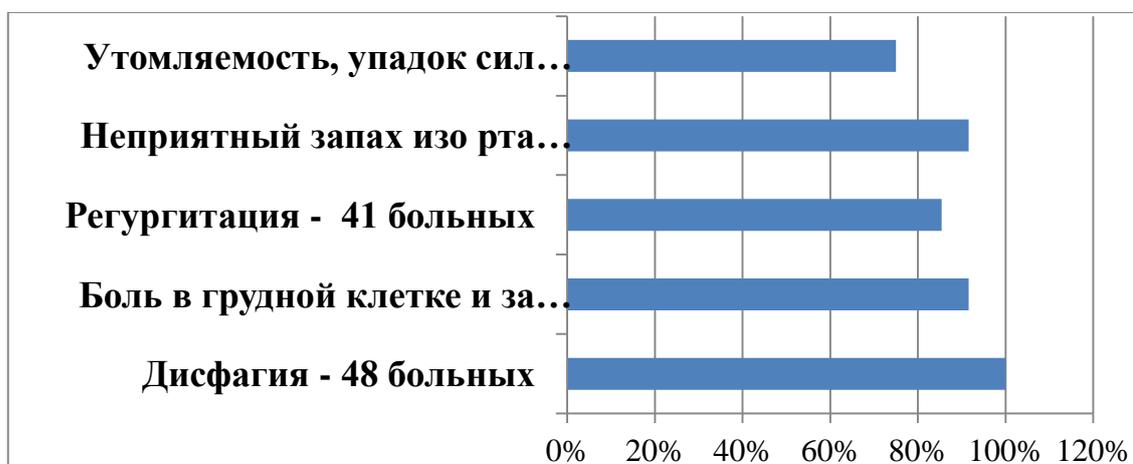
Возраст и пол наблюдаемых больных Таблица 1.

Пол	Возраст, лет			Всего
	35-50 лет	51-70лет	Старше 71 года	
Мужской	0	19	15	34
Женский	2	8	4	14
Всего	2	27	19	48

Как видно из таблицы 1. По нашим данным больные, нуждающиеся в установке стента часто встречались в возрасте 51 - 70 лет, и преимущественно у мужского пола.

Жалобы больных при поступлении для установки стентов были следующие: органическая дисфагия – у всех 48 больных, боль в грудной клетке и за грудиной – у 44 больных (91,6%), регургитация– у 41 (85,4%), неприятный запах изо рта – 44 (91,6%), слабость, упадок сил – 36 (75%) больных. Смотри диаграмму 1.

Клинические симптомы больных с раком пищевода до установление стента Диаграмма 2.



Изучение месторасположение опухолевого процесса на пищеводе показало, более половины ракового процесса локализовано кардио - эзофагальном переходе пищевода. Смотри диаграмму. 2.

Локализация опухоли в пищеводе Диаграмма 2.



Изучение морфологических вариантов опухоли показало, у 58,7% (28) больных было аденокарцинома и 41,3%(20 больных) плоскоклеточный рак.

Распределение больных по стадиям и TNM классификации показало, более 92% больных было в запущенной III-IV стадии. Смотри таблицу 2.

Распределение больных по стадиям TNM классификации Таблица 2.

Стадии	TNM	Абсолютное Число	%
Стадия I	T1N0M0	0	0
Стадия II	T2N1M0	4	8,3
Стадия III	T3-4N0-3M0	14	29,6
Стадия IV	T4N1-3M1	30	62,5

На рисунках 2,3,4,5 видно компьютерные томографии до установления и после установления стента больным в нашем Центре.



Рис.2



Рис.3

Рис.2. Стеноз нижней трети пищевода. Сагиттальная рентгенограмма.

Рис.3.Само расширяющийся стент в пищеводе.

Рак средней и нижней трети пищевода с переходом на кардиальный отдел и тело желудка с прорастанием правого листка медиастинальной плевры, селезеночных сосудов, тела поджелудочной железы. Состояние после эндоскопического стентирования опухоли и курса полихимиотерапии. Дислокация стента. Сммотри рисунок 4.

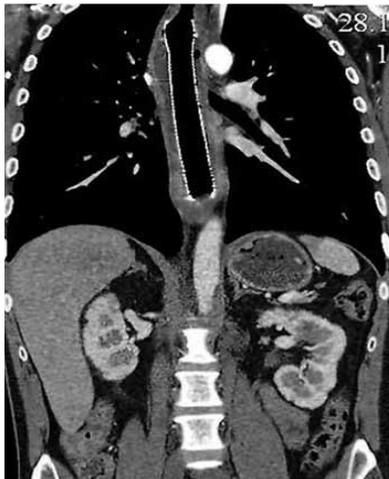


Рис. 4.



Рис.5. Рак пищевода прорастающая в среднюю треть пищевода.

Состояние после эндоскопического стентирования опухоли.

Примеры:

Больной: Холмирзаева Р. ,59 лет. ИБ№4272/2427

Диагноз:Сарком средней трети пищевода. pT4N1M1. Метастазы в левое легкое. Осложнение: Дисфагия III-IV степени. Опухолевая перфорация. Пищеводно-трахеальный свищ. ЭГДФС заключение: Экзофитно инфильтративный tumor средней трети пищевода. Гистология №13821/22 Плоскоклеточный канцер. Контрастная Р-графия пищевода. Заключение: Инфильтративное сужение средней трети пищевода. Tumor. Смотри рисунок 6.

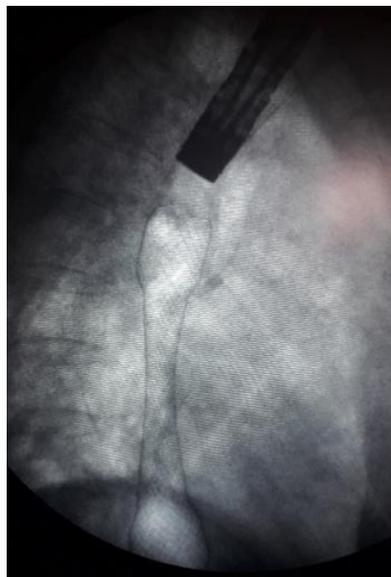


Рисунок 6. До стентирования После стентирования



Рис.7.а, б. Стеноз нижней трети пищевода, восстановление пассажа. Состояние после расправления стента.

В современной литературе подробно освещены различные аспекты стентирования пищевода само расправляющимися протезами. Оценка возможности выполнения эндоскопического стентирования само расправляющимися металлическими протезами, показало, его эффективность и безопасность при злокачественных опухолях пищевода .(2,5,6,7,8,10,12).

В нашей работе при злокачественных опухолях дистального отдела пищевода с переходом на проксимальный отдел желудка у 28(58,4%) пациентов мы использовали стенты с противорефлюксным механизмом, который позволяет снизить заброс кислого желудочного содержимого в пищевод.

Рефлюкс желудочного содержимого вызывает тяжелые воспалительные изменения слизистой вплоть до образования эрозивных и язвенных дефектов. Следует отметить что, у наших больных стенты на дистальных краях оснащены яркими, хорошо визуализируемыми нитями. При помощи которых можно изменять его, положение или удалить при необходимости. Эти стенты показали свою эффективность при опухолях среднего отдела пищевода 9 (18,75 %) пациентов и нижнего отдела пищевода 11 (22,91%) пациентов, когда в связи с тяжелой сопутствующей основному заболеванию патологии больному отказано в каком – либо хирургическом вмешательстве. В своей работе мы не применяли непокрытые стенты у пациентов с опухолями пищевода, рецидивирующими рубцово-воспалительными стенозами после хирургических операций различного объема.

Ходе оперативных вмешательств во время установления стента осложнения (миграция) отмечалось у 1 пациента, (2,0%). Послеоперационный период осложнения (миграция) стента наблюдали у 2 (4,0%) пациентов, пищеводно- трахеальный свищ наблюдался у 1 (2,0%) больного.

После установления стентов почти у всех больных общее состояние и качество жизни значительно улучшилось. Наблюдение выживаемости больных показало, что из 48 больных 2 (4,1%) пациента жили до 2 месяца, 27 (56,2%) жили до 6 месяцев, 19 (39,5%) больных живут более 1 года, получают паллиативную химиотерапию и симптоматическое лечение. По данным Белевич В.Л. и др. (1) продолжительность жизни после стентирования по поводу злокачественных стриктур составила 6-14 месяцев, в среднем 10 месяцев.

Вывод

Таким образом, анализ результатов стентирования опухолевых стенозов у неоперабельных больных раком пищевода под эндоскопическим и рентгенологическим контролем позволяет сделать выводы о том, что такой метод стентирования является высоко безопасным и адекватным паллиативным методом лечения и намного улучшает качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белевич В.Л., Ивануса С.Я., Бреднев А.О., Курлова О.Г. Эндоскопическое стентирования пищевода как метод выбора устранения синдрома дисфагии при стенозирующих заболеваниях пищевода. // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2020;39(3):24-28.
2. Волков О.И. Стентирование пищевода. Обзор литературы. // Практическая медицина. 2004;4:18-20.
3. Вторенко В.И., А.В. Чжао, В.И. Пикуза, В.С. Фомин, В.В. Локтев. Стендирование верхних отделов желудочно - кишечного тракта. // Высоко технологическая медицина. 2014;2:45-55.
4. Дробязгин Е.А., Ю. В. Чикинев, И. Е. Судовых, М. С. Аникина Стентирование пищевода и трахеи при опухолевом стенозе. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2016;175(1):74-77.
5. Муравьев В.М., Иванов А.И. Стентирование пищевода и кардии при доброкачественных и злокачественных стенозах. // Поволжский онкологический вестник. 2010;2:31-38
6. Ненарокомов А.Ю., А.И.Иванов, С. Е. Толстопятов. Стентирования пищевода при раке: История вопроса. (Обзор литературы) // Вестник Ивановской медицинской академии. 2019;24(3):41-45.
7. Попова Н.С., А. А. Аванесян, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко. Стентирования пищевода при неоперабельном раке. (Обзор литературы) // Вестник хирургии, 2020;179(5):113-119.
8. Lai A. et al. Role of Esophageal Metal Stents Placement and Combination Therapy in Inoperable Esophageal Carcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis // Dig. Dis. Sci. 2018.
9. Persson J. et al. Fully covered stents are similar to semi-covered stents with regard to migration in palliative treatment of malignant strictures of the esophagus and gastric cardia: results of a randomized controlled trial // Surg. Endosc. 2017;31(10):4025-4033.
10. Reijm A. et al. Early pain detection and management after esophageal metal stent placement in incurable cancer patients: A prospective observational cohort study // Endosc. Int. Open. 2016;4(8):890-894.
11. Spaander M. C. W. et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline // Endoscopy. 2016;48(10):939-948.
12. Uesato M. et al. Comparison of Efficacy of Self-Expandable Metallic Stent Placement in the Unresectable Esophageal Cancer Patients // Gastroenterol. Res. Pract. 2017.

Поступила 20.01.2025