

QIDA BORUSUNUN DİVERTİKULUNA GÖRƏ QOYULMUŞ STENTİNİN QRANULYASİON TOXUMA İLƏ OBLİTERASİYASI VƏ ONUN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

BAYRAMOV N.Y., NAMAZOV A.E., RÜSTƏM Ə.M., İSAZADƏ E.M.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan

***Obliteration the stent into granulation tissue performed
about the diverticulum of the esophagus and its surgical treatment
Bayramov NY, Namazov AE, Rustam AM, Isa-zade E.M***

Summary: *A case with obliteration of the endostent was described that has been placed in the esophagus because of isolate (midesophageal or parabronchial) diverticulum due to the inability and refusal the elderly patient to undergo surgical treatment. After installation and verification of the diagnosis and preoperative preparation under standard general anesthetic technique, with endotracheal intubation, a total single-stage esophagectomy with pyloroplasty and servical esophagogastrostomy was performed. The postoperative period was ordinary, without complications. In subsequent examinations, patient had no complacations/*

Key words: *Esophagus diverticulum, esophageal stenting, obliteration of a stent, esophagectomy, esophagogaastroanastomosis.*

**Облитерация грануляционной тканью стента, наложенного
по поводу дивертикула пищевода и его хирургического лечения
Байрамов Н.Ю., Намазов А.Э., Рустам А.М., Иса-заде Э.М.**

Резюме: Описан случай из клинической практики с облитерацией эндостента, наложенного в пищевод с целью изоляции среднего (мидэзофагеального или парабронхиального) дивертикула, ввиду невозможности и отказа пожилого пациента от хирургического лечения. После установки и верификации диагноза, соответствующей предоперационной подготовки под общей внутривенной многокомпонентной анестезией в условиях эндотрахеальной интубации выполнена тотальная одномоментная эзофагоэктомия с пилоропластикой и наложением цервикального эзофагогастроанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. В последующих осмотрах больной жалоб не предъявлял.

Ключевые слова: Дивертикул пищевода, стентирование пищевода, облитерация стента, эзофагоэктомия, эзофагогастроанастомоз.

Açar sözlər: *Qida borusunun divertikulu, qida borusunun stentlənməsi, stentin tıxanması, ezofaqoektomiya, ezofaqoqastroanastomoz*

Klinik praktikada qida borusuna qoyulmuş stentinin kobud, qaba qida qalıqları və ya yad cisimlə tutulması hadisələri xeyli çox rast gəlir. Bu hallarda endoskopik taktika (qida qalıqlarının parçalanması və ya mədəyə itələnməsi, yad cisimin çıxarılması və ya mədəyə itələnməsi) aparıcı mövqeyə malikdir və əksər xəstələrdə effektiv olur[1]. Qida borusuna qoyulmuş cılpaq stentlərin şiş toxumasının mənfəzə doğru inkişafı (ekzofit) hesabına təkrar daralmaları 8-35% hadisələrdə müşahidə edilir və bu səbəbdən 60% xəstələrdə disfagiyanın residivi baş verir[2]. Özbaşına açılan plastik örtüklü stent yerləşdirildikdən sonra keçiriciliyin pozulmasına görə disfagiya stentin proksimal və ya distal kənarlarında şiş toxumasının böyüməsi və mənfəzi daraltması, hətta tıxaması hesabına ortaya çıxır. Bu xəstələrdə adətən restentlənmə, toxumanın endoskopik lazer və ya elektrodiatermik destruksiyası, az hallardapalliativ endoskopik perkutan və ya laparoskopik qastrostomiya əsas müalicə taktikası hesab olunur [3, 4]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə stentin qranulyasion toxumanın hiperplaziyası hesabına daralması və ya tam tutulması nadir hallarda müşahidə olunur və bu patoloji vəziyyətin endoskopik vasitələrlə ləğvi imkanları məhduddur[1, 5]. Praktikada təsadüf etdiyimiz hadisənin - qida borusunun təkrar qoyulmuş stentinin qranulyasion toxuma ilə tam tutulmasına görə restentlənmənin və digər endoskopik vasitələrin tətbiqinin mümkünsüzlüyünə görə xəstənin radikal cərrahi müalicəsinin nəticəsini təqdimatını məqsəduyğun hesab etdik.

Xəstə A.K., 1938-ci il doğumlu, 21508884 sayılı x/t, 08.01.2018-ci il tarixdə qida qəbulunun çətinləşməsi, disfagiya, bərk qidaların qəbulu zamanı çəçmə, diskomfort və ümumi rahatsızlıq şikayətləri ilə Azərbaycan Tibb Univer-

sitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının orqan transplantasiyası şöbəsinə müraciət etmişdir. Özünü 2 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi heç nə ilə əlaqələndirmir. Əvvəllər aparılmış konservativ müalicə kursları effekt verməmişdir.

Xəstə 1 il əvvəl, yanvarın ilk günlərində digər klinikada daimi öskürək və çəçəməşikayətləri ilə zəruri müayinələr olunmuş, instrumental (endoskopik, Rh-ji, kontrastlı torakal və abdominal KT) tədqiqat zamanı qida borusunun orta $\frac{1}{3}$ hissəsinin divertikulu (midezofageal və ya parabronxial) aşkar edilmişdir. Xəstənin yaşı, anesteziya və cərrahi əməliyyat risklərinin böyüklüyünü və xəstənin cərrahi əməliyyatdan qətiyyətlə imtina etməsini nəzərə alaraq palliativ taktika seçilmiş, divertikulun həzm prosesindən təcridi məqsədi ilə qida borusunun divertikul gəzdirci seqmentinə məcburi qaydada çılpaq plastik stent yerləşdirilmişdir. 1 ay əvvəl artan disfagiya səbəbindən ilk stent çıxarırlarkən qida borusu cırılmış, ona görə də təkrar stent qoyulmuşdur. Son 1 ayda şikayətləri artdığı üçün klinikaya müraciət etmişdir.

2 il əvvəl total tiroidektomiya əməliyyatı keçirmişdir. Allergiyalar yoxdur. Tibbi preparatlar qəbul etmir. İrsiyyət xüsusiyyətsizdir. Özündə və aliə üzvlərində sosial əhəmiyyətli infeksiyaları, həmçinin viral infeksiyalar keçirməsini inkar edir. Hemotransfuziya aparılmamışdır. İnfüzion müalicə seanslarına reaksiya olmamışdır.

Həyat anamnezinin digər aspektləri xüsusiyyətsizdir.

Ümumi vəziyyəti kafidir. Huşu, şüuru aydındır. Suallara cavab verir. Eşitmə və görmə ilə bağlı şikayətləri yoxdur. Dəri və selikli qışalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı zəif inkişaf etmişdir. Dayağ-hərəkət sistemi dəyişikliklidir.

Tənəffüs sistemi – SOFA 1, kardiovaskulyar sistem – SOFA 1, sinir sistemi – SOFA 1, qaraciyər – SOFA 1, böyrəklər – SOFA 1, koagulyasiya sistemi – SOFA 1.

Qanın ümumi təhlili (08.01.2018): WBC - $4,3 \times 10^9/L$, RBC - $4,92 \times 10^{12}/L$, HGB - 14,1 g/dL, Eoz – 5,3%, Bazs – 1,2%.

Qanın biokimyası (08.01.2018): ALT – 10,4 U/L, AST – 13,4 U/L, Alb – 4,33 g/dL, ALP – 94 U/L, GGT – 32 U/L, Creat – 0,74mg/dL, qlükoza (aclıq) - 95 mg/dL, Tbil – 0,54 mg/dL, CRP – 11,09 ml/L. TSH III nəsil - 15,69 $\mu U/L$

Koaquloqrafiya (08.01.2018): PT – 13,7 san, PI – 78%, İNR – 1,27

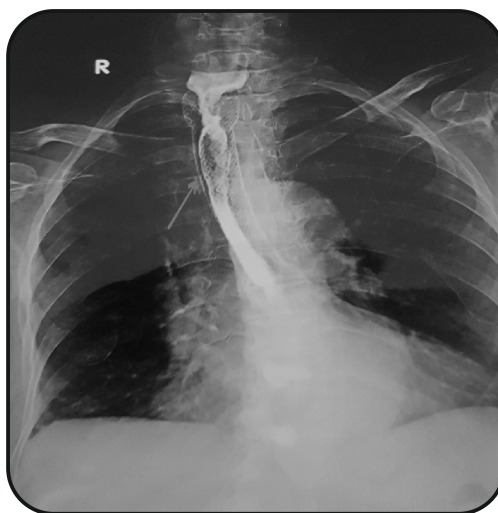
Qanda infeksiyalar (08.01.2018): Anti HIV (HIV 1 – HIV 2 anticisimlər) – neqativ, RPR – neqativ, HBs Ag – 0, anti-HCV -0,12

EKG (08.01.2018): Sinus ritmi. ST seqmentinin qeyri-spesifik dəyişiklikləri

Transtorakal ExoEKG (08.01.2018): Sol mədəciyin relaksativ tip diastolik disfunksiyası, aorta kökü və qapaqlarının kalsifik qalınlaşması, qalxan aortanın genişlənməsi (41 mm);

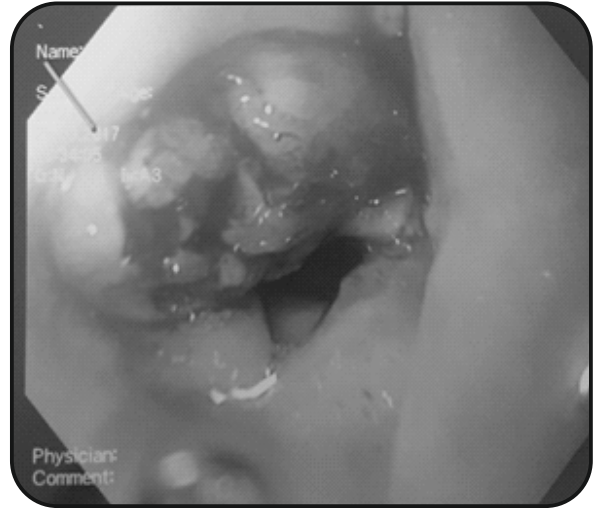
Rəngli Doppler ExoKQ (08.01.2018) – MÇ-I⁰ TÇ – min, AÇ-I⁰

Toraks Rh-qrafiyası(08.01.2018): Qida borusunun stenti. Stentin proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin yumşaq toxuma ilə obliterasiyası (şək. 1). Sağ ağciyərin yuxarı payının apikal və aşağı payın posteriobazal seqmentlərində plevroparenximal fibrotik çəkintilər.



Şək.1. Qida borusuna qoyulmuş stentin proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin granulyasion toxuma ilə tam obliterasiyası və suprastenotik genişlənməsi(stent oxla göstərilmişdir)

Endoskopiya (08.01.2018): Ön kəsici dişlərdən 16 sm məsafədə qida borusunun mənfəzinin $\frac{1}{3}$ hissəsini obliterasiya edən törəmə? Biopsiya materialı götürüldü (şək. 2).



Şək.2. Qida borusuna qoyulmuş stentin proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin obliterasiyaedici ($\frac{2}{3}$ hissə) törəməsi

Toraks KT (08.01.2018): Qida borusunun proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin yumşaq toxuma hesabınadaralması (şək. 3).

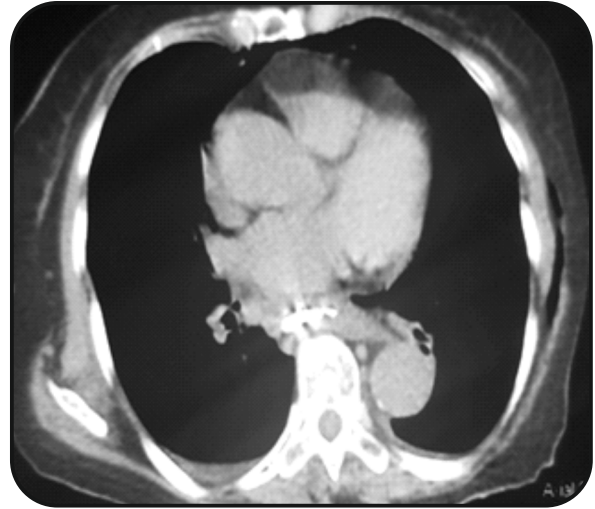
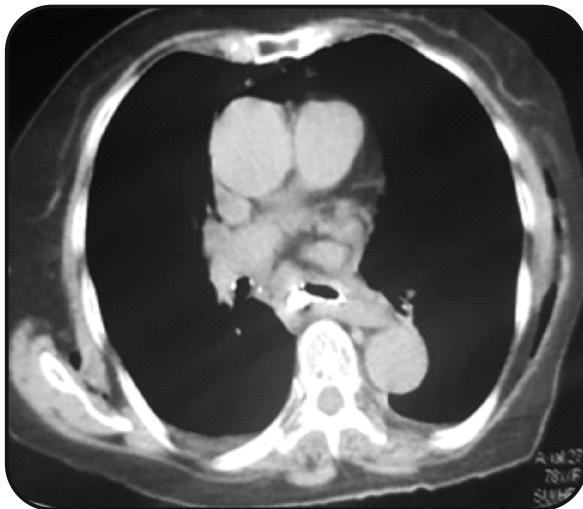
ÜST performans – 0 dərəcə, Charlison indeksi – 0.

Klinik diaqnoz: Qida borusunun stentdən sonrakı vəziyyəti. Stentin proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin qranulyasion toxuma ilə tam obliterasiyası

Müalicə taktikası və cərrahi əməliyyat üsulunun növü, həcmi digər ixtisaslı mütəxəssislərlə (tibbi radioloq, endoskopik cərrah, kardioloq, gastroenteroloq, hepatoloq, pulmonoloq, anestezioloq-reanimatoloq) birgə keçirilmiş konsiliumun qərarı ilə seçildi. Müvafiq əməliyyatönu hazırlıq kompleksindən sonra planlı qaydada cərrahi əməliyyat – total ezofaqoektomiya icra etmək qərara alındı.

Əməliyyata göstərişlər: Stentdaxili toxumanın endoskopik (lazer, diatermik) eksiziyasının mümkünsüzlüyü, ağırlaşma (tam stenoz) təhlükəsi, prestenotik genişlənmiş və daha da genişlənəcək hissənin perforasiya riski (kəskin mediastenit), əmək qabiliyyəti və həyat keyfiyyətinin enməsi, xəstənin təkidi

Anesteziya və əməliyyat riski: ASA görə IV-V dərəcə



Şək. 3. Qida borusunun proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin yumşaq toxuma hesabınadaralması

Planlı əməliyyat (11.01.2018, 13⁰⁵ - 22⁴⁵): Yuxarı orta laparotomiya, sağ ön-yan torakotomiya, sol servikotomiya, mədənin və qida borusunun total mobilizasiyası, total ezofaqoektomiya, piloroplastika, boyun ezofaqogastroanastomozunun qoyulması. Sağ plevra boşluğunun və qarın boşluğunun sanasiyası, drenajı.

Anesteziya növü: Endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli venadaxili ümumi

Yuxarı orta laparotomiya – təftiş zamanı mədənin ətraf toxumalarla çoxsaylı serti intim bitişmələri və yapışıqlar aşkar edildi. Bitişmələr, yapışıqlar küt və iti üsullarla ayrıldı, mədə böyük və kiçik ayrılıqlar boyunca və qida borusunun distal segmenti sərbəstləşdirildi, piloroplastika icra olundu.

Sağ torakotomiya – qida borusunda stent əlləndi, stentin proksimal $\frac{1}{3}$ hissədə tam obliterasiyası, həmin hissənin ətraf toxumalarla bitişmələr əmələ gətirməsi müəyyən edildi. Bitişmələr küt və iti üsullarla ayrıldı, orqan tam sərbəstləşdirildi.

Sol servikotomiya – qida borusunun boyun şöbəsi əldə edildi, küt üsulla ətraf toxumalardan ayrıldı, kardiya səviyyəsinə qədər o, boyun yarasına gətirildi, həmin səviyyədə kəsildi, kardial hissə ilə boyun şöbəsi arasında anastomoz (ezofaqogastroanastomoz) qoyuldu. Sağ plevra, qarın boşluqları sanasiya və drenaj olundu. Əməliyyat yaraları qatlar üzrə hermetik tikildi.

Əməliyyatdaxili ümumi qan itkisi - 300 ml, transfuziya həcmi – 400 ml eyniqruplu eritrosit kütləsi. Ümumi əməliyyat müddəti - 9 saat 40¹.

Əməliyyatdan sonrakı diaqnoz: Qida borusunun proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsində stentin yumşaq toxuma ilə tam obliterasiyası

Əməliyyatdan sonra xəstə ekstubasiya edilmədən stabil hemodinamik göstəricilərlə CRİT şöbəsinə köçürüldü. İntensiv infuzion müalicə fonunda hemodinamik göstəricilər və sistem (sinir, tənəffüs, qaraciyər-böyrək) dəyişiklikləri tam stabilləşdikdən sonra 12.01.2018-ci il tarixdə saat 12¹⁵-də ekstubasiya olundu. İnfuzion, simptomatik və korreksiyaedici-dəstək müalicəsi davam etdirildi. 15.01.2018-ci il tarixdə müalicənin davamı üçün şöbəyə köçürüldü. Kompleks infuzion, simptomatik, selektiv antibiotik və dəstək müalicəsi davam etdirildi.

Əməliyyatdan sonrakı dövr sakit keçmiş, 19.01.2018-ci il tarixdə xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılmış, müalicə ambulator şəraitdə tamamlanmışdır.

Patohistoloji rəy (17.01.2018): Qranulyasion və nekrotik toxumalar.

2 həftə, 1 və 3 aydan sonra xəstəyə baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur. Ev şəraitində gündəlik məişət işlərini yerinə yetirir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Mayoral W., Fleischer D., Salcedo J., Roy P., Al-Kawas F., Benjamin S. Non-malignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of oesophageal cancer //GastrointestEndosc 2000; 51:556-9 PMID : 10805841

2. Дробязгина Е.А., Чикинев Ю.В., Анисеева О.Ю., Половников Е.С., Кудрявцев А.С. Ошибки и осложнения стентирования пищевода и пищеводных анастомозов//Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2016. Том 27. №2. -с.98-2 УДК 616.329-006.6-08

3. Годжелло Э.А., Хрусталева М.В., Пермяков В.Б., Галлингер Ю.И. Эндоскопическое стентирование пищевода и пищеводных анастомозов саморасправляющимися эндопротезами при сдавлении извне // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2011. №4. –с. 22-9

4. Струцкий Л.П., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хусанов А.М., Омонов Р.Р., Цой А.О., Ажи-муратов М.Т. Результаты эндоскопического стентирования в паллиативном лечении кардио-эзофагеального рака //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2017; 10: 1: 21-5. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-1-21-25

5. Смирнов А.А. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода /Дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. 2010. Санкт-Петербург. – 124 с.

Rəyçi: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.e.d. Cəfərli R.E.

Redaksiyaya 30.05.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.