

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ ОБТУРАЦІЙНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Грома Василь Григорович,
доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету, завідувач відділення оперативної ендоскопії ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева Національної академії медичних наук України»,

Голозубова Олена Валеріївна,
кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної практики, сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету

Грома Єлизавета Василівна,
студентка
Харківський національний медичний університет

Вступ. Останні десятиріччя характеризуються значним збільшенням ургентних госпіталізацій пацієнтів на ускладнений колоректальний рак. Для більшості з них гостра обтураційна непрохідність товстого кишечника (ГОНТК) стає першим проявом захворювання. Частота ускладнення може доходити до 69 % [1].

Більша половина ГОНТК онкологічного генезу характерна для лівої половини товстої кишки (67-72 %). Пояснюється це відносно меншим діаметром кишки, зазвичай більшою щільністю пухлини, характером локального росту (циркулярний, ендofітний) та специфікою інтрамурального лімфовідтоку [2].

Інфузійна та спазмолітична терапія, сифонні клізми, декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що входять до комплексу консервативних заходів вкрай рідко є ефективними. До певного часу ургентні відкриті оперативні втручання були єдиним ефективним методом лікування гострої пухлинної непрохідності. Однак проведення втручання за несприятливих умов – запущеність онкологічного процесу, тяжка супутня патологія, пізня госпіталізація та некомпенсовані показники гомеостазу пацієнта, обмежена медикаментозна забезпеченість медичного закладу та навіть недостатня кваліфікація ургентної хірургічної бригади обумовлювали частий незадовільний результат лікування. У даної категорії пацієнтів післяопераційна летальність сягає від 23 % до 52 %, а частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень – 38,6 % - 80 % [3, 4].

Така ситуація підштовхнула науковців до пошуку методів, що відносились до

тих, що легше переносяться та наносять меншу травму пацієнту за рахунок виконання їх через природні доступи (оральний та ректальний) без зайвого пошкодження тканин організму. Зі своєчасною появою в ті роки високоінформативних цифрових відеоендоскопічних комплексів та відповідного інструментарію до них, методи малоінвазивного ендоскопічного лікування в поєднанні з іншими консервативними заходами почали задовільняти більшість з висунутих до них вимог. З метою передопераційного, а часто і кінцевого лікування, в повсякденну практику починають широко впроваджуватись ендоскопічна трансоральна та трасанальна інтубація тонкого і товстого кишечника, превентивна балонна дилатація та стентування зони пухлинної стриктури товстого кишківника. [5].

Остання методика із початком ургентного застосування нітіолових стентів дозволила у великої частини пацієнтів, в першу чергу некурабельних, вирішити не лише питання ургентного, а й віддаленого лікування, значно зменшивши рівень післяопераційних ускладнень та летальності [6].

Мета дослідження. Встановити ефективність застосування ендоскопічних малоінвазивних втручань з переважним чи комбінованим застосуванням ендоскопічного стентування нітіоловими стентами товстої кишки у пацієнтів з гострою obturaційною непрохідністю на тлі колоректального раку.

Матеріали і методи досліджень. За останні 10 років у відділення клінічної бази кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету – державну установу «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева Національної академії медичних наук України» госпіталізовано 218 пацієнтів з непрохідністю товстої кишки obturaційного генезу. Вікові межі вказаної групи пацієнтів були обмежені 43 - 79 роками, середній вік склав $68,5 \pm 7,9$ роки. Чоловіків – майже в 1,5 рази більше, ніж жінок (129, 59,17 %).

У майже чверті пацієнтів (36; 21,7 %) була діагностована компенсована форма ГОНТК і порушення кишкової прохідності вдалось відновити за допомогою консервативних заходів: проведення інфузійної терапії, корекція електролітних і білкових порушень, декомпресія верхніх відділів ШКТ, очисні клізми, тощо.

Однак переважна більшість пацієнтів зажадала виконання екстрених оперативних втручань на тлі короткої передопераційної підготовки. Переважній більшості (78; 47,0 %) були виконані відкриті хірургічні втручання: резекції відповідних відділів товстої кишки, формування коло- та ілеостом та ін.

Решті найбільш важких та некурабельних по раку пацієнтів (52, 31,3 %) були виконані термінові малоінвазивні ендоскопічні втручання, що базувались на встановленні нітіолових колоректальних стентів, у частини – з проведенням превентивної балонної дилатації пухлинної стриктури. Середній вік обстежених в цій групі склав $67,5 \pm 7,44$ років.

Основними критеріями відбору для стентування товстої кишки були: гостра obturaційна кишкова непрохідність в поєднанні з дисемінацією пухлинного процесу чи наявністю важких супутніх захворювань, а також з метою компенсації систем гомеостазу, проведення комплексної передопераційної підготовки (за потреби – з застосуванням хіміотерапії, рентгентерапії) у частини до досягнення циторедукції та

наступним проведенням радикальної операції.

Серед основних абсолютних і відносних протипоказів до проведення колоректального стентування при ГОНТК були: агональний стан пацієнта, перфорація пухлини, рак нижньоампулярного відділу прямої кишки, неможливість ретроградного проведення провідника проксимальніше пухлинної стриктури. Останній протипоказ, в основному, стосувався ректосигмоїдного переходу товстої кишки.

Зазвичай колоректальне стентування проводилось в ендоскопічний, а при необхідності – в рентгенхірургічній операційній. Швидкість та послідовність розкриття нітінолового стента проводилась під ендоскопічним чи рентгентелевізійним контролем. Відновлення прохідності товстої кишки перевірялося одразу після стентування шляхом візуалізації проходження через стент кишкового вмісту та поступовим стиханням клінічних проявів непрохідності: зменшенням здуття живота та відходженням кишкових газів. В динаміці виконувалась оглядова рентгенографія органів черевної порожнини з оцінкою ознак кишкової непрохідності та контролем повноти розкриття стента. На 4-5 добу після стентування з метою оцінки ефективності функціонування стента і виключення його дислокації виконувалась ірігоскопія, а за необхідності – колоноскопія.

Після цього пацієнтів з некурабельною патологією у стабільному стані виписували зі стаціонару під нагляд хірурга і онколога, інших готували до відстроченого оперативного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Після встановлення нітінолового стента технічний успіх досягнуто в 100% випадків. Пов'язували ми це з ретельним підбором характеристик стента, в залежності від розмірів, локалізації та інших характеристик пухлини, попередньої програми подальшого лікування пацієнта та оцінці можливості проведення ендоскопічного провідника проксимальніше пухлини.

В групі некурабельних пацієнтів з максимальним звуженням просвіту встановлювали покриті стенти. При складнощах первинного стентування і ,відповідно, проведенні превентивної балонної ділятації намагались встановлювати частково покритий стент, при відсутності останнього – повністю покритий стент. У разі високої вірогідності проведення в майбутньому радикального відкритого оперативного втручання, завжди прагнули встановлювати непокритий стент, з метою попередження міграції останнього.

Позитивним результатом колоректального стентування стало відновлення кишкової прохідності у 51 (98,1%) пацієнта. В 1 випадку після стентування виникла перфорація стінки сигмовидної кишки в зоні некрозу пухлини, що потребувало ургентного хірургічного втручання. Також в 5 випадках (9,6 %) спостерігали дислокацію нітінолового стенту. Ситуацію корегували шляхом ендоскопічної репозиції стенту, або ж заміни покритого стента на частково покритий чи непокритий стенти. Отже, клінічний успіх досягнутий у 98,1 % випадків, а рання післяопераційна летальність при даній методиці склала 1,7 % (1 випадок).

У відсрочений період після купіювання явищ гострої обтураційної

непрохідності товстої кишки, компенсації систем гомеостазу та проведення комплексної хіміо-, імуно та (чи) рентгентерапії 27 пацієнтам (51,9%) виконані радикальні оперативні втручання. На теперішній час 19 живі та не мають ознак прогресування чи рецидиву захворювання.

Взагалі використання ендоскопічних методик колоректального стентування в лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки дозволяє знизити післяопераційну летальність на 23,7, а частоту на 44,9 %.

Висновки:

1. На сьогодні найбільш поширеним методом лікування пацієнтів на рак товстого кишечника, ускладнений гострою обтураційною непрохідністю, залишається ургентне хірургічне втручання, що характеризується незадовільними показниками частоти післяопераційних ускладнень (48,7%) та летальності (26,9%).

2. Колоноскопичні малоінвазивні методи лікування пацієнтів з гострою обтураційною непрохідністю з переважним чи комбінованим застосуванням ендоскопічного стентування нітіноловими стентами є перспективним напрямком відновлення прохідності порожнистих органів, зокрема товстого кишківника.

3. Застосування методики колоректального стентування не погіршує перебігу основного захворювання. Окрім вирішення ургентного питання товстокишкової непрохідності, дає час на необхідне дообстеження та підготовку пацієнта до планової радикальної чи циторедуктивної операції, компенсації супутньої патології та систем гомеостазу.

4. Можливе виникнення ускладнень в ході стентування чи наявність абсолютних протипоказів до його виконання в більшості випадків потребує негайної конверсії і виконання відкритого оперативного втручання.

Список літератури

1. Бойко В.В., Лихман В.М., Шевченко А.М.. Застосування малоінвазивних операцій у лікуванні хворих на колоректальний рак, ускладнений непрохідністю кишечника. Міжнародний медичний журнал. 2018.2.16-9.

2. Cohen R, Taieb J, Fiskum J, et al. Microsatellite instability in patients with stage III colon cancer receiving fluoropyrimidine with or without oxaliplatin: An ACCENT pooled analysis of 12 adjuvant trials. J Clin Oncol. 2021 Feb 20; 39(6): 642-651.

3. Crowley E, Di NF, Loupakis F, Bardelli A. Liquid biopsy: monitoring cancer-genetics in the blood. Nat Rev Clin Oncol. 2013; 10: 472-84.

4. Tie Jeanne, Cohen Joshua D, Lahouel Kamel, et al. Circulating tumor DNA analysis guiding adjuvant therapy in stage II colon cancer. N Engl J Med. 2022 Jun 16; 386(24): 2261-2272. doi: 10.1056/NEJMoa2200075.

5. Glasbey J, Seligmann J, Morton DG. Risk of bowel obstruction in patients undergoing neoadjuvant chemotherapy for high-risk colon cancer: A nested case-control matched analysis of an international, multi-centre, randomised controlled trial. Ann Oncol. 2021; 32 (Suppl 5): S530-S582.

6. Грубник Ю.В., Нетков А.Д., Крижанівський В.В. Малоінвазивні операції в лікуванні хворих з раком товстої кишки, ускладненого кровотечею та обтурацією. Галицький лікарський вісник. 2013;1(17): 14–7.

Ключові слова: колоректальне стентування, колоректальний рак, гостра обтураційна непрохідність товстої кишки.