

УДК 616.34-007.272-089-035-02:616.34-006-06



А. П. Радзиховский, Н. А. Мендель, А. М. Вильгаш, М. А. Йосипенко

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Рассмотрены отдельные вопросы лечения непроходимости кишечника при распространенных (неоперабельных) формах злокачественных новообразований (злокачественной кишечной непроходимости (ЗКН)). Несмотря на то, что частота встречаемости ЗКН составляет 5—51 % у пациенток с раком яичников и 10—28 % у пациентов с раком желудочно-кишечного тракта, преимущественно на поздних стадиях, а медиана продолжительности жизни после возникновения симптомов — 30—90 дней, такие пациенты в нашей стране обычно получают помощь не в специализированных онкологических учреждениях (где им отказывают в помощи из-за онкологической инкурабельности), а в общехирургических и общетерапевтических стационарах. Взгляды на лечение ЗКН противоречивы, подход требуется индивидуальный, основанный не только на медицинских, но и на этических и гуманистических принципах ухода за пациентами в конце жизни. Освещены вопросы выбора объема инфузионной терапии, питания, эндоскопических и паллиативных вмешательств. Решение о том, стоит ли устранять симптомы с помощью хирургического вмешательства, требует индивидуального подхода и ясного понимания целей операции и ожидаемой продолжительности жизни пациента.

■

Ключевые слова: непроходимость кишечника, злокачественные новообразования, хирургическое лечение.

Непроходимость кишечника при распространенных (неоперабельных) формах злокачественных новообразований (в зарубежной литературе распространен термин «злокачественная кишечная непроходимость» (ЗКН)) встречается у 5—51 % женщин с раком яичников и у 10—28 % пациентов, у которых обнаружен рак желудочно-кишечного тракта, преимущественно на поздних стадиях. Медиана продолжительности жизни после возникновения симптомов составляет от 30 до 90 дней [14, 22, 32].

Особенности развития и клинической симптоматики злокачественной кишечной непроходимости

Развитие кишечной непроходимости (КН) у пациентов, которые проходят или проходили лечение по поводу злокачественных новообразований брюшной полости, тазовых органов или забрюшинного пространства, часто деморализует их, так как в большинстве случаев является признаком рецидива либо прогрессирования заболевания [14].

Непроходимость кишечника при распространенных злокачественных новообразованиях может быть механической или функциональной, частичной или полной, иметь одну локализацию или множество. Опухоль может нарушать пропульсивную функцию кишечника несколькими способами [18, 25, 26]:

- внутрипросветная опухоль может блокировать просвет кишки или быть ведущей точкой при инвагинации кишечника;
- интрамуральные опухоли могут распространяться на слизистую оболочку и блокировать просвет или ослаблять перистальтику;
- опухоли или метастазы, растущие в сальнике или брыжейке, злокачественные сращения брюшины могут деформировать кишечник, создавая внешнюю (экстрамуральную) обструкцию;
- опухоли, которые прорастают брыжейку, мышечный слой кишки или нервные сплетения, могут привести к нарушению моторики.

Развитию дуоденальной непроходимости чаще всего способствуют холангиокарцинома, карци-

нома поджелудочной железы, рак желчного пузыря [9]. Причиной развития дистальной непроходимости является в основном рак толстой кишки и рак яичников.

Следует помнить, что у небольшой части пациентов КН не связана со злокачественным новообразованием и возникает вследствие спаек, вызванных хирургическим вмешательством, лучевой терапией (которая является также причиной радиационных энтеритов и стриктур), десмопластической реакцией на внутрибрюшную химиотерапию, заворотов и внутренних грыж [15]. В редких случаях у пациента может развиваться острая псевдообструкция толстой кишки, вызванная паранеопластической деструкцией кишечных нейронов, а также применением антихолинэргических и симпатомиметических средств [26].

ЗКН способствует увеличению секреции желчи, желудочного, панкреатического и кишечного сока, уменьшает содержание натрия внутри кишечного просвета и реабсорбцию воды, увеличивает содержание натрия в слизистой оболочке и секрецию жидкости. Вазоактивный интестинальный полипептид поддерживает порочный круг секреции, растяжения кишки и спазма, которые ведут к полнокровию и отеку кишки, и секвестрации жидкости в просвете кишки [14, 26].

Локализация непроходимости определяет клиническое течение и симптомы у пациентов [25]. Высокая непроходимость имеет большее количество симптомов при меньшем количестве физических находок по сравнению с локализацией места препятствия в толстой кишке [22]. У пациентов с проксимальной непроходимостью тонкой кишки тошнота имеет постоянный характер, и им свойственно большое количество приступов рвоты. У них относительно нормальные результаты обзорной рентгенограммы брюшной полости, на которых нет характерных уровней жидкости, как при дистальной непроходимости тонкой кишки.

Большинство случаев ЗКН являются частичными, но увеличение вздутия живота, нарастание тошноты, рвоты, болей в животе и запоров, которые длятся более 1–2 недель, дают основание предположить, что происходит прогрессирование до полной обструкции [22].

Диагностика злокачественной кишечной непроходимости

Обзорная рентгенография брюшной полости имеет ограниченную специфичность и чувствительность относительно обнаружения КН, но она остается первичным инструментальным методом исследования в большинстве клиник [3, 5, 32]. Отсутствие уровней жидкости, расширенных кишечных петель или утолщенных кишечных петель не исключает ЗКН. Общий уровень достоверности результатов обзорной рентгенографии составляет около 50 %, причем примерно 75 %

рентгенограмм малоинформативны или малополезны для определения тактики лечения [11]. Тем не менее, обзорная рентгенография является ценным методом быстрой оценки потенциальной причины симптоматики и поэтому остается важным начальным методом обследования у всех пациентов с подозрением на ЗКН [24]. Обзорную рентгенографию также используют для оценки ответа на проводимое лечение.

Информативность рентгенологического исследования повышает использование контрастных средств. Контрастная рентгенограмма с водорастворимым контрастом или бариевой взвесью, бариевая клизма или клизма с гастрोगрафином необходима в случае подозрения на ЗКН при сомнительных результатах обзорной рентгенографии. Она позволяет определить локализацию места обструкции и ее распространенность с достаточной степенью точности [25, 28]. Контрастные исследования позволяют исключить опиоид-индуцированную дисфункцию кишечника или псевдообструкцию у 83 % пациентов с чувствительностью и специфичностью 96 и 98 % соответственно [16, 26]. Пассаж контраста по кишечнику назначают пациентам с частичной непроходимостью или пациентам, у которых есть симптомы непроходимости, а показатели обзорной рентгенограммы без признаков патологии [28].

Применение контрастной рентгенографии ограничено возможностью пациента глотать взвесь бария или водорастворимых контрастных веществ и может привести к усилению тошноты и рвоты [24]. Также следует принять во внимание, что барий не всасывается и может препятствовать последующим радиологическим исследованиям. Значительные объемы контрастных агентов увеличивают риск аспирационной пневмонии у пациентов со слабо контролируемой тошнотой, и могут привести к ухудшению проходимости, скапливаясь в проксимальной по отношению к месту обструкции части кишки.

При возможности выполнения компьютерная томография (КТ) является процедурой первой линии для пациентов с симптомами непроходимости и анамнезом злокачественной опухоли брюшной полости и/или пальпируемыми образованиями в брюшной области [13–16]. Ее специфичность составляет 100 %, а чувствительность — 94 %. КТ играет важную роль при принятии решения относительно хирургического вмешательства, эндоскопии или паллиативных вмешательств, так как позволяет локализовать уровень непроходимости и дифференцировать доброкачественную или злокачественную ее природу со значительной степенью достоверности [15, 25, 28].

Данные, полученные при КТ в случае ЗКН, могут выявить:

- опухолевое образование в месте обструкции или в месте предыдущей операции;
- инвагинацию кишки;

- лимфаденопатию;
- резкие перепады в диаметре просветов или неравномерное утолщение стенки кишечника в месте обструкции;
- наличие внутренних грыж, косвенные признаки спаечной природы КН [14, 25].

Хирургическое лечение злокачественной кишечной непроходимости

Следует по возможности воздержаться от хирургического вмешательства у пациентов с запущенными формами злокачественных новообразований (ЗНО) с абдоминальными метастазами большого размера, карциноматозом или при опухолях, которые распространились за границы брюшной полости. При принятии решения о хирургическом лечении необходимо учитывать опции лечения рака, состояние здоровья и питание пациента, цели ухода за пациентом [1, 3, 32].

Роль абдоминальной хирургии (паллиативная резекция, шунтирование) при распространенных формах рака остается спорной. От 42 до 80 % пациентов указывают, что их симптомы улучшаются после хирургического лечения, однако рецидив КН возникает у 10—15 % больных [15]. Даже у пациентов с небольшим объемом опухоли и хорошим состоянием питания летальность в 30-дневный период после операции составляет от 5 до 40 %, а осложнения наблюдают в 9—90 % случаев [25].

Исходы хирургического лечения зависят как от критериев отбора пациентов, так и от профессиональных навыков и умения хирурга. Пациенты с раком 3—4-й стадии, которым применяли многочисленные хирургические вмешательства, и те, у которых опухоль не поддается химиотерапии, являются проблемной группой при хирургическом лечении [13].

Имеется информация о 60-дневной выживаемости после паллиативной хирургии, но следует учитывать множество других факторов, таких как послеоперационные симптомы, общее состояние здоровья пациента, были ли изначальные симптомы устранены или уменьшены с помощью операции, количество осложнений, длительность госпитализации [3, 25]. Небольшое количество публикаций, касающихся последствий операционного вмешательства у пациентов, в которых оценено значение хирургической коррекции, и недостаток стандартного определения понятия «преимущество» мешает объективному определению преимуществ хирургии у этих пациентов [32].

По данным А. Jatoi и соавт. (2004), у пациентов с раком яичников на запущенной стадии и КН хирургическое вмешательство ухудшает качество жизни для всех подгрупп, большинство таких пациентов умирают в больнице [18].

Риск хирургического вмешательства при ЗКН выше, чем риск абдоминальной хирургии при других показаниях, так как многие пациенты ослаблены

раком и химиотерапией, и многие имеют плохой нутритивный статус [24]. В большинстве публикаций не были обнаружены значимые различия в 30-дневной летальности и продолжительности жизни между группами оперированных и неоперированных. Ни тип непроходимости, ни объем оперативного вмешательства значимо не влияют на результат.

Результаты операции лучше у пациентов с доброкачественной причиной непроходимости (спайки), лишь незначительное улучшение наблюдали у пациентов с карциноматозом брюшины [40]. Тем не менее, хирургия является эффективной в некоторых случаях ЗКН. У пациентов с хорошими показателями состояния здоровья, медленно прогрессирующим онкопроцессом и ожидаемой продолжительностью жизни более 6 мес предпочтительными хирургическими процедурами являются обходной анастомоз или резекция [3, 4, 25, 40]. Проблема заключается в определении таких пациентов, принимая во внимание прогностические факторы (нормальный питательный статус, объем опухолевой массы, общее состояние здоровья, наличие асцита, пожилой возраст, проводимая раньше химиотерапия и радиотерапия, наличие диффузного карциноматоза) [13, 16, 40].

Ключевым моментом для принятия решения о хирургическом вмешательстве являются цели паллиативного лечения. Поскольку паллиативная хирургия имеет низкий уровень доказательности ее пользы, особенно что касается качества жизни и ее продолжительности, необходимо тщательно изучить состояние здоровья пациента, для того чтобы подобрать возможные варианты лечения и прояснить ожидания и цели лечения в каждом конкретном случае [14, 32]. Необходимо привлечь членов семьи к участию в принятии решения.

Стентирование желудка или кишечника в паллиативном лечении злокачественной кишечной непроходимости

Эндоскопические процедуры являются альтернативой хирургическому вмешательству как паллиативный вариант при ЗКН. Эндоскопическое стентирование способствует сокращению срока госпитализации и скорейшему восстановлению по сравнению с лапаротомией [17, 35, 36]. В определенных ситуациях стентирование является переходным этапом к хирургическому вмешательству, позволяя выиграть время для компенсации сопутствующих заболеваний, улучшить условия питания и завершить стадирование заболевания параллельно с устранением симптомов непроходимости [12, 17]. Хирургическое лечение после стентирования может быть выполнено как одноэтапная процедура без наложения разгрузочной стомы.

Использование саморасширяющихся металлических стентов для устранения непроходимости выхода из желудка, тонкой кишки и толстой кишки является методом выбора для пациентов, у

которых имеются неизлечимые метастазы, которым противопоказано хирургическое вмешательство из-за тяжести их состояния, у которых обструкция локализована только в одном месте или имеется местнораспространенный процесс, а также у пациентов, которые отказываются от хирургического лечения [8, 17, 35].

Успешность колоректального стентирования достигает 88–93 % [36, 39]. Стентирование более успешно при непроходимости, локализованной в левой части толстой кишки, чем при проксимальной обструкции ободочной кишки. Даже для пациентов с внекишечными злокачественными новообразованиями, такими как рак яичников, частота успешного колоректального стентирования достигает 87 % [11, 36]. Однако у пациентов с нераспознанным карциноматозом брюшины или многоочаговой КН облегчение симптомов даже после удачного стентирования маловероятно [18].

Абсолютными противопоказаниями к стентированию являются перфорации кишечника или опухоли с перитонитом, относительным — опухоль прямой кишки, расположенная на расстоянии 2 см от анального канала. В данном случае стентирование ведет к тенезмам и недержанию [36].

Летальность во время проведения колоректального стентирования составляет менее 1 %. Пребывание в больнице и частота осложнений существенно меньше, чем при выполнении хирургического вмешательства [30, 35, 39]. Миграция стента происходит в 10 % случаев и является бессимптомной, но половина пациентов с этим осложнением требует повторного стентирования. Риск миграции стента выше, если химиотерапия или лучевая терапия приводят к редукции опухоли. Кровотечение из опухоли под стентом возникает в 5 % случаев, перфорации — в 4 % случаев, но их частота возрастает до 10 %, если перед введением стента выполнено бужирование или дилатация просвета. Уровень рецидивов КН вследствие прорастания стента опухолью, разрастания за пределы стента или закупорки калом составляет 10 % [32, 36]. Рецидивирующую КН лечат путем введения дополнительных стентов в исходный стент.

В исследовании S. Nagula и соавт. (2010) оценено качество жизни у пациентов после стентирования и паллиативных хирургических вмешательств по поводу ЗНО. В обеих группах отмечено устранение симптомов непроходимости, однако в группе стентирования — относительно более длительное улучшение качества жизни, измеренного по шкале FACT-C [24].

Методом выбора при обструкции выходного отдела желудка исторически являлся гастроэнтероанастомоз [3, 4]. Несомненно, пациенты с медленно растущей опухолью и предполагаемой продолжительностью жизни более 60 дней могут подвергаться этой шунтирующей операции. Больные, у которых опухоль имеет небольшой размер, обструкция рас-

положена в одном отделе (предпочтительно — в области привратника желудка или проксимально в двенадцатиперстной кишке), хорошее общее состояние, ожидаемая продолжительность жизни более 30 дней, являются хорошими кандидатами для гастроэнтеростомии [25]. Для пациентов с запущенным раком и плохим общим состоянием здоровья гастроэнтероанастомоз сопряжен со значительным риском осложнений и летального исхода [17].

Эндоскопическое стентирование при обструкции выходного отдела желудка более эффективно. Его преимуществами являются более раннее начало перорального приема жидкости и пищи, меньшее количество осложнений, частоты задержки опорожнения желудка и более короткие сроки пребывания в стационаре по сравнению с гастроэнтероанастомозом [17]. Уровень эффективности стентирования составляет 90 %. У 75 % пациентов происходит полное исчезновение тошноты и рвоты [25]. Проведение стентирования обычно невозможно, если обструкция локализована за связкой Трейтца.

Пациентам, у которых ожидаемая продолжительность жизни составляет менее месяца и у которых прогрессирует течение заболевания, имеется асцит, карциноматоз или многочисленные локализации обструкции, предпочтительнее проводить чрескожную эндоскопическую гастростомию [25].

Поздние осложнения стентирования обструкции выходного отдела желудка связаны с закупоркой пищей, врастанием опухоли в стент или вокруг краев стента [25]. Это может потребовать применения введения второго стента.

Лекарственная терапия у пациентов со злокачественной кишечной непроходимостью

Лекарственная терапия способна смягчить симптомы ЗКН у большинства пациентов. Рекомендации по медикаментозному лечению опубликованы Рабочей группой Европейской ассоциации паллиативной помощи. Лечение симптомов фокусируется на купировании боли, тошноты и рвоты [6, 14, 32].

Медикаментозное лечение абдоминальной боли

Пациенты с ЗКН переживают два вида абдоминальной боли: постоянную и схваткообразную, которые требуют разных подходов к лечению и введения разных классов медикаментов.

Для лечения постоянной абдоминальной боли используют сильнодействующие опиоиды, такие как морфин, гидроморфон (дилаудид), фентанил [2, 25]. Дозу препарата титруют индивидуально для адекватного обезболивания. Если тошнота и рвота мешают пероральному приему, то можно использовать подъязычные, подкожные, внутримышечные, внутривенные пути введения лекарства в организм.

Опиоиды могут усиливать схваткообразные боли, стимулируя циркулярную гладкую мускулатуру и приводя к сегментарным сокращениям. Щадящие

вспомогательные медикаменты, такие как кетороллак, могут уменьшить схваткообразные и продолжительные боли и предотвратить переход частичной непроходимости в полную путем уменьшения доз сильнодействующих наркотических препаратов.

Колики могут сохраняться и даже усиливаться при использовании сильнодействующих опиоидов. К медикаментам, которые уменьшают схваткообразные боли, относятся М-холинолитики: гиосцина бутилбромид («Бускопан»), гиосцина гидробромид (скополамин), гликопирролат («Robinul»); миотропные спазмолитики: дротаверин («Но-шпа»), мебеверин («Дуспаталин»); октреотид («Сандостатин») [25].

Медикаментозное лечение тошноты и рвоты

Для лечения тошноты и рвоты используют несколько групп медикаментов. Доказательность эффективности разных противорвотных препаратов при запущенных формах рака относительно слабая, эксперты рекомендуют их индивидуальный подбор [14].

Фенотиазины уменьшают тошноту и контролируют рвоту. Такие лекарственные препараты этой группы, как хлорпромазин («Аминазин»), прохлорперазин, прометазин, эффективны для лечения тошноты и рвоты.

Галоперидол, производное бутирофенона, являющийся специфическим блокатором дофаминовых D_2 -рецепторов, имеет незначительное антихолинергическое воздействие. В небольших дозах он вызывает незначительную седацию, менее выраженную, чем при применении фенотиазинов, и является идеальным средством для пациентов с тошнотой и делирием. Доза составляет от 5 до 15 мг/сут перорально или внутривенно как прерывисто, так и в виде постоянной инфузии.

Антихолинергические препараты, применяемые с/без аналогов соматостатина, уменьшают желудочно-кишечную секрецию, накопление жидкости и рвоту.

Глюкопирролат, четвертичное аммониевое антихолинергическое средство, минимально проникает в центральную нервную систему и реже является причиной возникновения делириума по сравнению с третичными аминами антихолинергическими средствами, такими как атропин и скополамин. Рекомендованная доза составляет от 0,1 до 0,2 мг подкожно или внутривенно три или четыре раза в сутки.

Октреотид, аналог соматостатина, блокирует выделение вазоактивного интестинального полипептида, содержание которого увеличивается при КН злокачественного генеза [27]. Данный препарат уменьшает секрецию воды, натрия и хлоридов в кишечный просвет и увеличивает абсорбцию электролитов и воды. Он также снижает секрецию панкреатических ферментов и уменьшает спланхничный кровоток. Результатом этих эффектов является сокращение объема внутрикишечной

жидкости, уменьшение сократительной способности кишки, уменьшение застоя крови в стенке кишечника, и, при определенных обстоятельствах, уменьшение асцита.

В небольших рандомизированных исследованиях выявлено, что применение октреотида является более эффективным, чем использование антихолинергических средств, для купирования тошноты, рвоты и схваткообразных болей у пациентов, у которых требуется введение назогастрального зонда, и у тех, чьи симптомы не поддаются стандартному медицинскому лечению [27]. Последние публикации по этому вопросу продемонстрировали эффективность применения октреотида для разрешения симптомов частичной КН, которые не были купированы при стандартном лечении [23].

Октреотид хорошо переносится и уменьшает время потребности пациента в назогастральном зонде без значительного ухудшения ксеростомии (сухости во рту). Высокая стоимость ограничивает его использование при уходе за пациентами в хосписах, поэтому этот препарат применяют во второй линии терапии, несмотря на очевидность его эффективности [32].

Октреотид назначают в дозах от 100 до 200 мкг каждые 8 ч.

Метоклопрамид («Церукал»), дофаминергический антагонист, агонист $5-HT_4$ -рецепторов и блокатор $5-HT_3$ -рецепторов при дозах более 120 мг/сут сочетает действие фенотиазина (аминазина), который блокирует D_2 -рецепторы в центральной триггерной зоне хеморецепторов с прокинетиическим действием через серотониновые $5-HT_4$ -рецепторы.

Метоклопрамид не стоит использовать совместно с антихолинергическими средствами или у пациентов с коликами или полной КН. В некоторых центрах он является препаратом первой линии для лечения функциональной или частичной КН [25]. Дозировка составляет от 40 до 80 мг/сут.

Оланзапин («Зипрекса»), нейролептик с широким спектром фармакологического действия, обусловленным антагонистическим влиянием на различные рецепторы. Препарат обладает сродством к серотониновым ($5-HT_2A/C$, $5-HT_3$, $5-HT_6$), допаминовым (D_1 , D_2 , D_3 , D_4 , D_5), мускариновым (M_1-M_5), адренергическим (α_1), гистаминовым (H_1) рецепторам, которые отвечают за инициирование рвоты. Назначают сублингвально пациентам, которые не реагируют на введение стандартных противорвотных средств.

Кортикостероиды. Хотя неизвестно, как кортикостероиды действуют при лечении злокачественной КН, но предполагается, что они имеют центральное действие. Кроме того, они уменьшают перипухольный отек и объем внутрикишечной жидкости, электролитов, обладают противорвотными и анальгетическими свойствами.

В метаанализе установлено, что парентеральное введение дексаметазона в дозировке от 6 до

16 мг/сут уменьшало симптоматику и улучшало работу кишечника у 60 % пациентов, но это не влияло на прогноз течения заболевания [32].

Пробного лечения в течение 4—5 дней достаточно для определения ответа на препарат. Если реакции не последовало, то введение кортикостероидов необходимо срочно прекратить [32].

Комбинированная терапия. Использование только одного из указанных препаратов редко приводит к устранению симптомов ЗКН. Для достижения приемлемых результатов разрешения симптомов требуется комбинированное лечение с введением противорвотных, болеутоляющих, кортикостероидов, антисекреторных антихолинергических препаратов, октреотида [10, 25].

В небольшом проспективном исследовании комбинация метоклопрамида (60 мг/сут), октреотида (0,3 мг/сут) и дексаметазона (12 мг/сут) с одной болюсной дозой амидотриазовой кислоты (рентгенконтрастное средство) улучшила транзит содержимого кишечника в течение 1—5 дней и разрешила рвоту в течение 24 ч.

Совместимость и способ введения медикаментов являются основными факторами, которые следует учитывать при выборе комбинаций препаратов.

Декомпрессионные вмешательства (гастростомия) у больных со злокачественной кишечной непроходимостью

Пациенты с плохим состоянием здоровья, быстро прогрессирующим заболеванием, перитонеальным карциноматозом, ожидаемой продолжительностью жизни менее 30 дней, несколькими уровнями обструкции, в случае, если симптомы не разрешаются при медикаментозном лечении, получают большее облегчение от перкутанной эндоскопической гастростомии (PEG), чем при хирургическом вмешательстве [25]. Существуют убедительные данные о том, что эта процедура разрешает симптомы тошноты и рвоты у 80—90 % пациентов и восстанавливает определенный уровень перорального приема пищи и жидкости [18]. Гастростомический зонд может быть установлен во время хирургического вмешательства, чрескожно под рентгеноскопическим контролем или эндоскопическим путем [14].

Не существует абсолютных противопоказаний для гастростомии. Гастростома возможна даже у пациентов с опухолью, которая полностью поразила желудок, с диффузным карциноматозом или асцитом. Обширный асцит, предшествующие операции на верхнем этаже брюшной полости или большая опухоль, прирастающая к передней брюшной стенке, затрудняют выполнение гастростомии [32].

Осложнения гастростомии чаще всего бывают местными. Пациенты после процедуры испытывают боль в брюшной стенке. Кровотечение, смещение и миграция зонда, перитонит, некротизирующий фасциит являются ранними осложнениями. К поздним осложнениям относятся дерматит вслед-

ствие подтекания содержимого желудка, подтекание асцитической жидкости, обструкции или дислокация зонда. Пациента можно выписывать из больницы вскоре после установки гастростомы.

У пациентов, которым гастростомия технически невыполнима, можно применить другие декомпрессионные вмешательства [14]. Чрескожная еюностомия может быть выполнена пациентам после гастрэктомии или при наличии технических сложностей для выполнения чрескожной гастростомии [33]. Чрескожная транспищеводная зондовая гастростомия описана в литературе как метод выбора у пациентов, у которых обычная или чрескожная гастростомия невозможна из-за массивного асцита, карциноматоза или других факторов [29, 37].

Назогастральный зонд при злокачественной кишечной непроходимости

Некоторым пациентам с ЗКН требуется введение назогастрального зонда на начальной стадии стационарного лечения как временной меры для эвакуации желудочного содержимого, уменьшения вздутия живота, а также для купирования рвоты и тошноты при подготовке к хирургическому вмешательству. Если хирургическое вмешательство нецелесообразно, то во избежание осложнений и дискомфорта из-за зонда (боли в области носа и гортани, синуситы, эрозия носового хряща, аспирация, эрозии и пролежни пищевода, фарингиты и социальная изоляция), необходимо применить медикаментозное лечение и наложение гастростомии на ранних стадиях у тех пациентов, кто слабо реагирует на оптимальное медикаментозное лечение [14, 18, 32].

Регидратация и полное парентеральное питание при злокачественной кишечной непроходимости

Для большинства неизлечимо больных пациентов ретроспективные исследования не смогли доказать, что парентеральное питание повышает выживаемость и улучшает состояние здоровья или качество жизни [32, 38].

Применение тотального парентерального питания имеет следующие недостатки: данный вид питания является инвазивным и требует доступа через центральную вену, который предрасположен к инфицированию; необходим постоянный мониторинг баланса жидкости и электролитов; предрасполагает к тромбозам, диареем, гипергликемии, печеночной недостаточности [38].

Полное парентеральное питание может быть оправдано у пациентов с опухолью минимальной тяжести, которые являются кандидатами на радикальную операцию, или у пациентов с хорошим состоянием здоровья на начальном этапе болезни, у которых еще не было в анамнезе химиотерапии или которые хорошо отвечают на лечение с помощью химиотерапии [25, 38].

American College of Physicians не одобряет рутинное использование парентерального питания у пациентов с запущенными формами рака, которым применяют паллиативную химиотерапию, так как при этом положительные результаты достигаются редко, а количество побочных эффектов велико.

Несмотря на дискуссию в медицинской литературе о преимуществах и недостатках продолжительной гидратации, нет консенсуса или клинических рекомендаций по этому поводу. Если у пациента ограничен пероральный прием жидкости и пищи, то решение о гидратации следует принимать индивидуально, с оценкой рисков и преимуществ и в соответствии с пожеланиями пациента и его семьи [34].

Результаты лечения пациентов со злокачественной кишечной непроходимостью

Принятие решения о выборе наилучшего варианта для конкретного пациента является чрезвычайно сложным и чаще базируется не на принципах доказательной медицины, а на опыте и возможностях врача, лечебного учреждения и родственников пациента.

Исследование пациентов с опухолями кишечника и женских половых органов, проведенное С. Pameijer, выявило, что медиана выживаемости

составляла около 3 мес, и единственным фактором, влияющим на продолжительность жизни, был период от окончания лечения ЗНО до выявления его рецидива или метастазирования (disease-free interval (DFI)). Пациенты с DFI менее 1 года жили значительно меньше после возникновения ЗКН, чем пациенты с большей продолжительностью этого заболевания.

В другом исследовании медиана выживаемости составила 80 дней, но диапазон выживаемости был от 7 до 873 дней [40]. Авторы установили, что наиболее значимым фактором был не метод лечения ЗКН, а статус ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) до возникновения непроходимости. Показатель ECOG 0 или 1 до возникновения КН, низкое содержание азота мочевины в крови и высокий показатель альбумина коррелируют с большей выживаемостью. Медиана выживаемости пациентов с показателем ECOG 0 и 1 составляла 222 дня, у пациентов с показателем ECOG 2 — 63 дня, у больных с показателем ECOG 3—4 — 27 дней [40].

В настоящее время доказано, что эффективность любого из методов лечения ЗКН выше у пациентов с лучшим общим состоянием здоровья к моменту возникновения ЗКН [31, 40]. Оценка общего состояния здоровья облегчает принятие решений при ЗКН как для врача, так и для пациента [14].

Литература

1. Беляев А. М., Суров Д. А., Балора О. В. и др. Оценка эффективности комплексной консервативной терапии больных острой кишечной непроходимостью при перитонеальном карциноматозе // *www.medline.ru*. Т. 12, Онкология. — 2011. — № 4. — С. 343—352.
2. Бобров О. Е., Брындилов Л. Н., Кравченко А. В. и др. Лечение болевого синдрома в онкологии. — Ровно: Калиграф, 2003. — 196 с.
3. Гафтон Г. И., Щербаков А. М., Егоренков В. В., Гельфонд В. М. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта // *Практ. онкол.* — 2006. — Т. 7, № 2. — С. 77—83.
4. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия. — К.: Здоровья, 1988. — 200 с.
5. Руководство по клинической хирургии. Дифференциальная диагностика и лечение хирургических болезней / Под ред. П. Г. Кондратенко. — Донецк, 2005. — 752 с.
6. Симонов Н. Н. Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов. Циторедуктивные, паллиативные, симптоматические операции // *Практ. онкол.* — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 130—134.
7. Тарасов В. А., Побегалов Е. С., Виноградова М. В. и др. Хирургическое лечение больных метастатическим колоректальным раком // *Практ. онкол.* — 2005. — Т. 6, № 2. — С. 92—102.
8. Хатьков И. Е., Израйлов Р. Е., Кулезнева Ю. В. и др. Первый опыт колоректального стентирования // *Эндоскопическая хирургия.* — 2009. — № 6. — С. 17—22.
9. Baron T. Colonic stenting: a palliative measure only or a bridge to surgery? // *Endoscopy.* — 2010. — Vol. 42, N 2. — P. 163—168.
10. Bentley A., Boyd K. Use of clinical pictures in the management of nausea and vomiting: a prospective audit // *Palliat. Med.* — 2001. — Vol. 15. — P. 247—253.
11. Caceres A., Zhou Q., Iasonos A. et al. Colorectal stents for palliation of large-bowel obstructions in recurrent gynecologic cancer: an updated series // *Gynecol. Oncol.* — 2008. — Vol. 108, N 3. — P. 482—485.
12. Dastur J. K., Forshaw M. J., Modarai B. et al. Comparison of short- and long-term outcomes following either insertion of self-expanding metallic stents or emergency surgery in malignant large bowel obstruction // *Tech. Coloproctol.* — 2008. — Vol. 12. — P. 51—55.
13. DeBernardo R. Surgical management of malignant bowel obstruction: strategies toward palliation of patients with advanced cancer // *Curr. Oncol. Rep.* — 2009. — Vol. 11. — P. 287—292.
14. Dolan E. A. Malignant bowel obstruction: a review of current treatment strategies // *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* — 2011. — Vol. 28, N 8. — P. 576—582.
15. Filippone A., Cianci R., Storto M. L. Bowel obstruction: comparison between multidetector CT axial and coronal planes // *Abdom. Imaging.* — 2007. — Vol. 32, N 3. — P. 310—316.
16. Finan P. J., Campbell S., Verma R. et al. The management of malignant large bowel obstruction: ACPGBI position statement // *Colorectal. Dis.* — 2007. — Vol. 9, suppl. 4. — P. 1—17.
17. Hosono S., Ohtani H., Arimoto Y., Kanamiya Y. Endoscopic stenting versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastroduodenal obstruction: a meta-analysis // *J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 42. — P. 283—290.
18. Jung M. K., Park S. Y., Jeon S. W. et al. Factors associated with the long-term outcome of a self-expandable colon stent used for palliation of malignant colorectal obstruction // *Surg. Endosc.* — 2010. — Vol. 24, N 3. — P. 525—530.
19. Keswani R. N., Azar R. R., Edmundowicz S. A. et al. Stenting for malignant colonic obstruction: a comparison of efficacy and complications in colonic versus extracolonic malignancy // *Gastrointest. Endosc.* — 2009. — Vol. 69, N 3, pt. 2. — P. 675—680.
20. Kohli M. D., Maglinte D. D. CT enteroclysis in incomplete small bowel obstruction // *Abdom. Imaging.* — 2009. — Vol. 34. — P. 321—327.

21. Maglente D.D., Howard T.J., Lillemo K.D. et al. Small-bowel obstruction: state-of-the-art imaging and its role in clinical management // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2008. — Vol. 6. — P. 130—139.
22. Mercadante S. Intestinal dysfunction and obstruction // *Palliative Medicine / Ed. by D. Walsh.* — Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2009. — P. 1267—1275.
23. Myers J., Tamber A., Farhadian M. Management of treatment-related intermittent partial small bowel obstruction: the use of octreotide // *J. Pain Symptom. Manage.* — 2010. — Vol. 39. — P. e1—e3.
24. Nagula S., Ishill N., Nash C. et al. Quality of life and symptom control after stent placement or surgical palliation of malignant colorectal obstruction // *J. Am. Coll. Surg.* — 2010. — Vol. 210, N 1. — P. 45—53.
25. Ripamonti C.I., Easson A.M., Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction // *Eur. J. Cancer.* — 2008. — Vol. 44. — P. 1105—1115.
26. Roeland E., von Gunten C.F. Current concepts in malignant bowel obstruction management // *Curr. Oncol. Rep.* — 2009. — Vol. 11. — P. 298—303.
27. Shima Y., Ohtsu A., Shirao K., Sasaki Y. Clinical efficacy and safety of octreotide (SMS201—995) in terminally ill Japanese cancer patients with malignant bowel obstruction // *Jpn. J. Clin. Oncol.* — 2008. — Vol. 38. — P. 354—359.
28. Silva A.C., Pimenta M., Guimarães L.S. Small bowel obstruction: what to look for // *Radiographics.* — 2009. — Vol. 29. — P. 423—439.
29. Singal A.K., Dekovich A.A., Tam A.L., Wallace M.J. Percutaneous transesophageal gastrostomy tube placement: an alternative to percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with intraabdominal metastasis // *Gastrointest. Endosc.* — 2010. — Vol. 71, N 2. — P. 402—406.
30. Small A.J., Coelho-Prabhu N., Baron T. Endoscopic placement of self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: long-term outcomes and complication factors // *Gastrointest. Endosc.* — 2010. — Vol. 71, N 3. — P. 560—572.
31. Soo I., Gramlich L. Use of parenteral nutrition in patients with advanced cancer // *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* — 2008. — Vol. 33, N 1. — P. 102—106.
32. Soriano A., Davis M.P. Malignant bowel obstruction: individualized treatment near the end of life // *Cleve. Clin. J. Med.* — 2011. — Vol. 78, N 3. — P. 197—206.
33. Sparrow P., David E., Pugash R. Direct percutaneous jejunostomy: an underutilized interventional technique? // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* — 2008. — Vol. 31, N 2. — P. 336—341.
34. Steiner N., Bruera E. Methods of hydration in palliative care patients // *J. Palliat. Care.* — 1998. — Vol. 14. — P. 6—13.
35. Tilney H.S., Lovegrove R.E., Purkayastha S. et al. Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction // *Surg. Endosc.* — 2007. — Vol. 21, N 2. — P. 225—233.
36. Turner J., Cummin T., Bennett A. et al. Stents and stentability: treatment for malignant bowel obstruction // *Br. J. Hosp. Med. (Lond).* — 2008. — Vol. 69. — P. 676—680.
37. Udomsawaengsup S., Brethauer S., Kroh M., Chand B. Percutaneous transesophageal gastrostomy (PTEG): a safe and effective technique for gastrointestinal decompression in malignant obstruction and massive ascites // *Surg. Endoscopy.* — 2008. — Vol. 22, N 10. — P. 2314—2318.
38. Wang M.Y., Wu M.H., Hsieh D.Y. et al. Home parenteral nutrition support in adults: experience of a medical center in Asia // *J. Parenter. Enteral. Nutr.* — 2007. — Vol. 31. — P. 306—310.
39. Watt A.M., Faragher I.G., Griffin T.T. et al. Selfexpanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review // *Ann. Surg.* — 2007. — Vol. 246, N 1. — P. 24—30.
40. Wright F.C., Chakraborty A., Helyer L. et al. Predictors of survival in patients with non-curative stage IV cancer and malignant bowel obstruction // *J. Surg. Oncol.* — 2010. — Vol. 101, N 5. — P. 425—429.

А. П. Радзіховський, М. А. Мендель, А. М. Вільгаш, М. О. Йосипенко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ ПРИ ПОШИРЕНИХ ФОРМАХ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Розглянуто окремі питання лікування непрохідності кишечника при поширених (неоперабельних) формах злоякісних новоутворень (злоякісна кишкова непрохідність (ЗКН)). Незважаючи на те, що частота ЗКН становить 5—51 % у пацієнок з раком яєчників і 10—28 % у пацієнтів з раком шлунково-кишкового тракту, переважно на пізніх стадіях, а медіана тривалості життя після виникнення симптомів — 30—90 днів, такі пацієнти в нашій країні зазвичай отримують допомогу не в спеціалізованих онкологічних закладах (де їм відмовляють у допомозі через онкологічну інкурабельність), а у загальнохірургічних та терапевтичних стаціонарах. Погляди на лікування ЗКН неоднозначні, підхід має бути індивідуальним, який ґрунтується не лише на медичних, а й на етичних та гуманістичних принципах догляду за пацієнтом у кінці життя. Висвітлено питання вибору обсягу інфузійної терапії, харчування, ендоскопічних і паліативних втручань. Рішення про те, чи необхідно ліквідувати симптоми за допомогою хірургічного втручання, потребує індивідуального підходу і чіткого розуміння цілей операції та очікуваної тривалості життя пацієнта.

Ключові слова: непрохідність кишечника, злоякісні новоутворення, хірургічне лікування.

A. P. Radzikhovsky, M. A. Mendel, A. M. Vilgash, M. O. Yosypenko

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

BOWEL OBSTRUCTION TREATMENT PECULIARITIES FOR THE ADVANCED MALIGNANT TUMOUR

Separate questions of the inoperable malignant bowel obstruction treatment for extensive (inoperable) malignant tumors (malignant bowel impassability (MBI)) are considered in the review. Despite that the MBI is observed in 5—51 % of patients with advanced ovarian carcinoma and in 10—28 % with gastrointestinal tract cancer, and the average life duration from 30 till 90 days since the first symptoms, in our country such patients usually get a medical care not in a specialized cancer institutions (refused medical aid because cancer incurability), but at the surgical and therapeutic in-patient departments. Approaches to the MBI treatment are ambiguous and require an individual approach based not only on medical but and on ethic and human principals of the patients' care at the end of life. Questions of the infusion volume choice, nutrition, endoscopic and palliative surgical procedures are highlighted. In order to decide whether to eliminate the symptoms by surgery, an individual way of treatment, clear understanding of the operation aims and an expected patient's life duration are required.

Key words: bowel impassability, malignant tumors, surgery.