

developed "second look" laparoscopic techniques of peritoneal cavity sanitation and shows the ways of improving of such sanitation efficacy.

**Key words:** peritonitis, genetic research, predicting, laparoscopic technology.

Рецензент - д.мед.н., проф. Коновчук В.М.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2016 р.

Полянський Ігор Юлійович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)5192472; ipolyanskiy@ukr.net  
Мороз Петро Васильович - асистент кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)9369245; moroz-petro@ukr.net  
Москалюк Володимир Іванович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)1061494; surgery\_OKL@bsmu.edu.ua  
Андрієць Володимир Васильович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)5930622; surgery\_OKL@bsmu.edu.ua  
Гринчук Андрій Федорович - магістрант кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(066)6634205; surgery\_OKL@bsmu.edu.ua

© Саволюк С.І., Багрій О.С., Негря Є.В., Глаголева А.Ю.

УДК: 616.345/.35 - 006.6 - 007.272 - 089:[616 - 072 - 77 +621.791.318

**Саволюк С.І.<sup>1</sup>, Багрій О.С.<sup>2</sup>, Негря Є.В.<sup>2</sup>, Глаголева А.Ю.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), <sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 8 (04201, Україна, м. Київ, вул. Юрія Кондратюка, 8)

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТАЛЕВИХ СТЕНТІВ, ЩО РОЗПРАВЛЯЮТЬСЯ, У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗЛОЯКІСНОЮ КОЛОРЕКТАЛЬНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ

**Резюме.** Незважаючи на численні дискусії щодо переваг чи недоліків використання металевих стентів, що самостійно розправляються (СРМС), у порівнянні з оперативним лікуванням у якості первинного етапу в стратегії ведення хворих на злоякісну колоректальну обструкцію, наше дослідження показало, що встановлення СРМС при кишковій непрохідності, викликаній злоякісними пухлинами колоректальної зони, є безпечним варіантом лікування з прийнятним профілем ризику. Ми не змогли визначити чинники, які б могли спрогнозувати розвиток ускладнень, або фактори, які можуть вплинути на довгострокове виживання. Проте, на основі існуючих рекомендацій та даних нашого дослідження визначено, що використання СРМС при злоякісній колоректальній обструкції є найкращим варіантом паліативного лікування та підготовчим етапом (bridge to surgery) до радикального онкологічного хірургічного втручання.

**Ключові слова:** металеві стенти, що розправляються, кишкова непрохідність, паліативна допомога, колоректальний рак.

### Вступ

Використання СРМС зросло в останні роки як паліативний захід, так і в якості "мосту до операції" [35, 31, 17, 3]. Використанням СРМС асоційоване з ризиками перфорації кишки [31, 17, 3, 15, 20], міграції стента [31, 17, 3, 15, 2] та повторної обструкції просвіту кишки при прогресуванні пухлинного процесу [31, 17, 3]. Також тривають дебати щодо доцільності використання СРМС в порівнянні з операцією в якості початкової стратегії в лікувальному процесі в умовах економічної кризи [11, 23], і, навіть, щодо можливого негативного впливу на виживання хворих [23, 29]. Проте, СРМС залишається перспективним варіантом початкового або заключного етапу лікування через можливість уникнення оперативних ризиків у декомпенсованих та непідготовлених хворих, одноетапність хірургічного лікування без виведення стом [32, 26], нижчі показники ранніх ускладнень, що зумовлюють високу летальність, коротші терміни госпіталізації [30, 32, 26], а також менші загальні витрати на лікування хворого [31]. У подальшому необхідно опрацювати способи виявлення чинників та передбачення можливих ускладнень, які можуть вплинути на ранні результати та на довгострокове виживання від використання СРМС в лікуванні злоякісної колоректальної обструкції, та визначити фактори оптимального відбо-

ру пацієнтів.

**Мета** - оцінити безпосередні результати встановлення СРМС у пацієнтів із обструкцією ободової та прямої кишок злоякісними новоутвореннями.

### Матеріали та методи

Було проведено ретроспективний аналіз випадків за 2014-2016 рр. Всі пацієнти з колоректальною обструкцією включались у дослідження на основі даних комп'ютерної томографії (КТ) та підлягали або передопераційній декомпресії ободової кишки з перспективою одноетапної хірургічної операції, або паліативному лікуванню при неоперабельному раку.

Усі демографічні характеристики були зібрані шляхом аналізу історій хвороб та включали: вік, стать, симптоми, супутні захворювання, показання для встановлення СРМС, дату процедури, дату наступної операції (якщо така виконувалась), локалізацію, довжину стенозу, стадію пухлини, отримання пацієнтом нелад'ювантої хіміотерапії, успішність встановлення СРМС (а також причину невдалої установки), довжину СРМС, будь-які ускладнення, які мали місце після введення СРМС, час від появи початкових симптомів до встановлення СРМС. З дослідження виключались пацієнти з наявні-

стю: клінічних ознак перфорації кишечника або перитоніту, вільного повітря в черевній порожнині на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини, вираженої коагулопатії, гемодинамічної або легеневої нестабільності, доброякісних стриктур (наприклад, запальні стриктури через дивертикуліт), ректального раку на висоті до 5 см від ануса.

Усім хворим перед введенням СРМС проводили КТ грудної клітки, черевної порожнини і таза, щоб оцінити локалізацію та стадію пухлинного процесу, а також оцінити протяжність та площу стенозу. Всі ендоскопічні маніпуляції проводилися під контролем флуороскопії. У залежності від локалізації пухлини і рівня перекриття просвіту кишки, застосовували колоноскоп або дуоденоскоп. Нами були використані СРМС WallFlex™ Colonic Stent Boston Scientific, що мали 22 мм в діаметрі і 60 або 90 мм у довжину. Довжина стента остаточно визначалась ендоскопістом під час дослідження.

Більшість процедур були виконані після обов'язкової премедикації за умов седації або, в окремих випадках, під внутрішньовенним наркозом. Варіант (склад) премедикації визначався індивідуально в залежності від психоемоційного стану та лабільності пацієнта, проте, в якості базисного знеболюючого препарату для проведення ендоскопічних маніпуляцій на товстій кишці по встановленню колоректального металевого стента застосовували нестероїдний протизапальний засіб класу декскетопрофену - препарат Дексалгін® - шляхом парентерального (внутрішньовенного) застосування перед процедурою в дозі 4 мл (100 мг) та наступного продовження в дозі 2 мл (50 мг) кожні 8 годин впродовж наступних 2 діб після маніпуляції для зменшення больових відчуттів та досягнення комфортного стану пацієнта. Застосування препарату Дексалгін® дозволило відмовитися від використання наркотичних анальгетиків, особливо, враховуючи їх негативний вплив на терміни відновлення перистальтики, здійснювати ендоскопічне встановлення колоректального стента в оптимальних комфортних умовах, забезпечуючи високі показники якості життя пацієнтів в післяопераційному періоді.

З метою підготовки застосовували очисні клізми до отримання чистих промивних вод. Жоден пероральний препарат для підготовки кишечника не використовували. Ендоскоп проводився до місця обструкції, через вільний наявний вільний просвіт провідник заводився вище пухлини, вводилася водорозчинна контрастна речовина для остаточного окреслення довжини стриктури, а також для підтвердження інтралюмінарного розміщення провідника. У подальшому по провіднику заводився СРМС в доставочному пристрої і встановлювався у ділянку обструкції під комбінованим рентгенологічним та ендоскопічним контролем. Стент розгортався на місці стриктури шляхом зтягування з нього зовнішньої оболонки. У разі клінічної підозри на ускладнення виконувалась оглядова рентгенографія черев-

ної порожнини після процедури. Стандартно після процедури призначались послаблюючі препарати.

Оглядова рентгенограма проводилась на наступний день для підтвердження правильного позиціонування і розширення СРМС. Процедура вважалась успішною в разі повного розгортання і розширення СРМС на всьому протязі стриктури, усуненні рентгенологічних і клінічних ознак обструкції, а також за наявності здатності пацієнта до дефекації. У жодного пацієнта не спостерігалось ознак будь-яких пов'язаних з процедурою ускладнень.

### Результати. Обговорення

СРМС були встановлені у 18 пацієнтів. Чоловіки склали 55,7% від когорти (середній вік -  $67,41 \pm 12,41$  років), жінки - 44,3% (із середнім віком  $66,24 \pm 11,21$ ). З усіх пацієнтів 66,67% в подальшому були радикально прооперовані, в той час як решті 33,33% СРМС було встановлено в якості паліативної допомоги на пізніх стадіях захворювання. Більшість пухлин виявились аденокарциномами товстої або прямої кишки, у одного пацієнта було виявлено карциноїд сигмовидної кишки, ще в однієї хворої виявлено рак яєчників з вроданим та стенозуванням сигмовидної кишки ззовні. Обструкцію в сигмовидній кишці було виявлено у 7 хворих, у ректосигмоїдному відділі - у 3, у прямій кишці - у 3, у низхідній ободовій кишці - у 2, у селезінковому куті - у 1. Середня довжина стриктури -  $5,16 \pm 0,32$  см.

6 пацієнтів мали IV стадію захворювання, 10 - III стадію, 2 - II стадію. Крім 18 пацієнтів, яким стенти були встановлені успішно, було ще 3, у яких не вдалося провести провідник вище пухлини, і таким чином спроба виявилася невдалою. Перфорація відбулася у 1 хворого, якому в подальшому виконали паліативну резекцію сигмовидної кишки, зважаючи на метастази в печінці. Міграції стентів не спостерігалось.

Було проаналізовано вплив віку, статі, часу між початком симптомів та введенням СРМС, часу між встановленням СРМС і терміном операції, довжини стенозу, локалізації стенозу, рівня альбуміну на розвиток ускладнень - перфорації, міграції та реоклюзії стента. При цьому достовірного впливу жодного із зазначених вище факторів на розвиток ускладнень не виявлено.

СРМС є достатньо безпечним варіантом лікування пацієнтів зі злоякісною колоректальною обструкцією [10]. Метою встановлення СРМС є зниження ризику екстрених хірургічних операцій, частоти виведення стом, зменшення кількості ускладнень, скорочення часу до початку хіміотерапії, поліпшення якості життя пацієнтів, економічні переваги [17, 37, 36, 32, 26, 10, 9, 12].

Незважаючи на вказані потенційні та значущі кінцеві переваги використання СРМС в лікуванні злоякісної колоректальної обструкції і численні дослідження, щодо переваги даної маніпуляції в порівнянні з хірургічними операціями в якості домінуючої стратегії ведення таких пацієнтів [15, 11, 9, 13], що пов'язано з

розбіжностями при вирішенні методологічних питань у цих дослідженнях.

Ми згодні з думкою ряду дослідників, що в дослідженні з вищим рівнем технічного успіху при встановленні СРМС відмічається більш сприятливий профіль ускладнень у порівнянні з класичною хірургією [9]. Переваги СРМС при правобічній злоякісній колоректальній обструкції менші, ніж при дистальних ураженнях, оскільки правобічна геміколектомія з первинним анастомозом можлива навіть при непідготовленій товстій кишці [3].

У нашому дослідженні ми використовували виключно непокрите СРМС, оскільки покриті не мали додаткових переваг у порівнянні з непокритими щодо технічного або клінічного успіху їхнього використання. Покриті СРМС давали більш високий відсоток пізньої міграції (40% проти 0%) і втрати функції кишки при довгостроковому спостереженні (60% проти 18,8%) [25].

Рандомізовані дослідження також показали, що незважаючи на наявність більш високого рівня вросання при використанні непокритих стентів (14,5% проти 3,8%), швидкість міграції була вищою у покритих СРМС (21,1% проти 1,8%), без різниці в середній тривалості збереження прохідності [27].

У нашій роботі частота перфорацій склала 5,56% (1 хворий). Аналіз літературних даних виявив середню частоту перфорацій 4,9% без статистичної різниці в залежності від мети використання стентів [14]. У нашій серії жодна з характеристик пацієнта або пухлини не

були предиктором ускладнень при встановленні СРМС, що може бути пов'язано з низьким числом спостережень.

У ході даного дослідження продемонстровано, що дуоденоскопи з боковою оптикою можуть бути успішно використані (як це мало місце принаймні у трьох пацієнтів) для кращої візуалізації пухлини і введення провіднику в певних ділянках товстої кишки [3, 4].

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлення СРМС у пацієнтів із колоректальною обструкцією злоякісними новоутвореннями є прийнятним методом інтервенції для симптоматичного, паліативного лікування даної онкологічної патології, а також перспективною опцією підготовчого етапу перед радикальною операцією з доведеним профілем безпеки та ефективності.

Важливо встановити фактори, які впливають на невдачу встановлення та позиціонування СРМС, розв'язок можливих ускладнень після процедури, опрацювати можливості їх превентивної корекції та визначити ефективність застосування колоректальних стентів в комплексі факторів хірургії швидкого відновлення (Fast Track Surgery) при лікуванні пухлин колоректальної локалізації в умовах різного ступеня наявної кишкової непрохідності та за умов різного ступеня важкості преморбідного та коморбідного фону в пацієнтів з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику.

### Список літератури

- Alcántara M. Prospective, controlled, randomized study of intraoperative colonic lavage versus stent placement in obstructive left-sided colonic cancer / M. Alcántara, X. Serra-Aracil, J. Falcó // *World J. Surg.* - 2011. - № 35. - P. 1904-1910.
- Ansaloni L. Guidelinenes in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society / L. Ansaloni, R.E. Andersson, F. Bazzoli // *World J. Emerg. Surg.* - 2010. - № 5. - P. 29-35.
- Baron T. H. Role of self-expandable stents for patients with colon cancer (with videos) / T.H. Baron, L.M. Wong Kee Song, A. Repici // *Gastrointest Endosc.* - 2012. - № 75. - P. 653-662.
- Cennamo V. Side-viewing endoscope for colonic self-expandable metal stenting in patients with malignant colonic obstruction / V. Cennamo, L. Fuccio, L. Laterza // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* - 2009. - № 21. - P. 585-586.
- Cennamo V. Meta-analysis of randomized trials comparing endoscopic stenting and surgical decompression for colorectal cancer obstruction / V. Cennamo, C. Luigiano, F. Coccolini // *Int. J. Colorectal. Dis.* - 2013. - № 28. - P. 855-863.
- Cheung H. Y. Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer: a randomized controlled trial / H.Y. Cheung, C.C. Chung, W.W. Tsang // *Arch. Surg.* - 2009. - № 144. - P. 1127-1132.
- Cirocchi R. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: a systematic review and meta-analysis / R. Cirocchi, E. Farinella, S. Trastulli // *Surg. Oncol.* - 2013. - № 22. - P. 14-21.
- Datye A. Colonic perforation after stent placement for malignant colorectal obstruction-causes and contributing factors / A. Datye, J. Hersh // *Minim. Invasive Ther. Allied. Technol.* - 2011. - № 20. - P. 133-140.
- Dayyeh B. K. Editorial: endoscopic stent placement as a bridge to surgery in malignant colorectal obstruction: a balance between study validity and real-world applicability / B.K. Dayyeh, T.H. Baron // *Am. J. Gastroenterol.* - 2011. - № 106. - P. 2181-2182.
- Donnellan F. Efficacy and safety of colonic stenting for malignant disease in the elderly / F. Donnellan, G. Cullen, D. Cagney // *Int. J. Colorectal. Dis.* - 2010. - № 25. - P. 747-750.
- Fernández-Esparrach G. Severe complications limit long-term clinical success of self-expanding metal stents in patients with obstructive colorectal cancer / G. Fernández-Esparrach, J.M. Bordas, M.D. Girddez // *Am. J. Gastroenterol.* - 2010. - № 105. - P. 1087-1093.
- Govindarajan A. Use of colonic stents in emergent malignant left colonic obstruction: a Markov chain Monte Carlo decision analysis / A. Govindarajan, D. Naimark, N.G. Coburn // *Dis Colon. Rectum.* - 2007. - № 50. - P. 1811-1824.
- Grundmann R. T. Primary colon resection or Hartmann's procedure in malignant left-sided large bowel obstruction? The use of stents as a bridge to surgery / R.T. Grundmann // *World J. Gastrointest. Surg.* - 2013. - № 5. - P. 1-4.
- van Hoof J. E. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided

- malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial / J.E. van Hooft, W.A. Bemelman, B. Oldenburg // Lancet Oncol. - 2011. - № 12. - P. 344-352.
15. van Hooft J. E. Early closure of a multicenter randomized clinical trial of endoscopic stenting versus surgery for stage IV left-sided colorectal cancer / J.E. van Hooft, P. Fockens, A.W. Marinelli // Endoscopy. - 2008. - № 40. - P. 184-191.
  16. Im J. P. Clinical outcomes and patency of self-expanding metal stents in patients with malignant colorectal obstruction: a prospective single center study / J.P. Im, S.G. Kim, H.W. Kang // Int. J. Colorectal Dis. - 2008. - № 23. - P. 789-794.
  17. Jimenez-Plaz J. Colonic stenting as a bridge to surgery in malignant large-bowel obstruction: a report from two large multinational registries / J. Jimenez-Plaz, J. Casellas, J. Garcia-Cano // Am. J. Gastroenterol. - 2011. - № 106. - P. 2174-2180.
  18. Jung M. K. Factors associated with the long-term outcome of a self-expandable colon stent used for palliation of malignant colorectal obstruction / M.K. Jung, S.Y. Park, S.W. Jeon // Surg Endosc. - 2010. - № 24. - P. 525-530.
  19. Kavanagh D. O. A comparative study of short- and medium-term outcomes comparing emergent surgery and stenting as a bridge to surgery in patients with acute malignant colonic obstruction / D.O. Kavanagh, B. Nolan, C. Judge // Dis. Colon. Rectum. - 2013. - № 56. - P. 433-440.
  20. Keränen I. Stenting for malignant colorectal obstruction: a single-center experience with 101 patients / I. Keränen, A. Lepistö, M. Udd // Surg Endosc. - 2012. - № 26. - P. 423-430.
  21. Keswani R. N. Stenting for malignant colonic obstruction: a comparison of efficacy and complications in colonic versus extracolonic malignancy / R.N. Keswani, R.R. Azar, S.A. Edmundowicz // Gastrointest Endosc. - 2009. - № 69. - P. 675-680.
  22. Kim B. C. Clinical outcomes of palliative self-expanding metallic stents in patients with malignant colorectal obstruction / B.C. Kim, K.S. Han, C.W. Hong // J. Dig. Dis. - 2012. - № 13. - P. 258-266.
  23. Kim J. S. Oncologic outcomes of self-expanding metallic stent insertion as a bridge to surgery in the management of left-sided colon cancer obstruction: comparison with nonobstructing elective surgery / J.S. Kim, H. Hur, B.S. Min // World J. Surg. - 2009. - № 33. - P. 1281-1286.
  24. Kim J. Y. Comparison of treatment outcomes of endoscopic stenting for colonic and extracolonic malignant obstruction / J.Y. Kim, S.G. Kim, J.P. Im // Surg. Endosc. - 2013. - № 27. - P. 272-277.
  25. Lee K. M. Comparison of uncovered stent with covered stent for treatment of malignant colorectal obstruction / K.M. Lee, S.J. Shin, J.C. Hwang // Gastrointest. Endosc. - 2007. - № 66. - P. 931-936.
  26. Lee W. S. The outcome after stent placement or surgery as the initial treatment for obstructive primary tumor in patients with stage IV colon cancer / W.S. Lee, J.H. Baek, J.M. Kang // Am. J. Surg. - 2012. - № 203. - P. 715-719.
  27. Park S. Comparison of efficacies between stents for malignant colorectal obstruction: a randomized, prospective study / S. Park, J.H. Cheon, J.J. Park // Gastrointest. Endosc. - 2010. - № 72. - P. 304-310.
  28. Pirlet I. A. Emergency preoperative stenting versus surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicenter randomized controlled trial / I.A. Pirlet, K. Slim, F. Kwiatkowski // Surg Endosc. - 2011. - № 25. - P. 1814-1821.
  29. Sabbagh C. Is stenting as "a bridge to surgery" an oncologically safe strategy for the management of acute, left-sided, malignant, colonic obstruction? A comparative study with a propensity score analysis / C. Sabbagh, F. Browet, M. Diouf // Ann Surg. - 2013. - № 258. - P. 107-115.
  30. Sagar J. Colorectal stents for the management of malignant colonic obstructions / J. Sagar // Cochrane Database Syst. Rev. - 2011. - № 11. - P. 73-78.
  31. Sebastian S. Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction / S. Sebastian, S. Johnston, T. Geoghegan et al. // Am. J. Gastroenterol. - 2004. - № 99. - P. 2051-2057.
  32. Sllarez J. Stent or surgery for incurable obstructive colorectal cancer: an individualized decision / J. Sllarez, J. Jimlnez, R. Vera // Int. J. Colorectal Dis. - 2010. - № 25. - P. 91-96.
  33. Tan C.J. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction / C.J. Tan, B.V. Dasari, K. Gardiner // Br. J. Surg. - 2012. - № 99. - P. 469-476.
  34. Ye G. Y. Colonic stenting vs emergent surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a systematic review and meta-analysis / G.Y. Ye, Z. Cui, L. Chen // World J. Gastroenterol. - 2012. - № 18. - P. 5608-5615.
  35. Yoon J. Y. Clinical outcomes and risk factors for technical and clinical failures of self-expandable metal stent insertion for malignant colorectal obstruction / J.Y. Yoon, Y.S. Jung, S.P. Hong // Gastrointest. Endosc. - 2011. - № 74. - P. 858-868.
  36. Zhang Y. Comparison of efficacy between uncovered and covered self-expanding metallic stents in malignant large bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis / Y. Zhang, J. Shi, B. Shi // Colorectal. Dis. - 2012. - № 14. - P. 367-374.
  37. Zhang Y. Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency surgery for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis / Y. Zhang, J. Shi, B. Shi // Surg. Endosc. - 2012. - № 26. - P. 110-119.

*Саволюк С.И., Багрий А.С., Негря Е.В., Глаголева А.Ю.*

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ САМОРАСКРЫВАЮЩИХСЯ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

**Резюме.** Несмотря на многочисленные дискуссии о преимуществах или недостатках использования металлических стентов, которые самостоятельно расправляются (СРМС), по сравнению с оперативным лечением в качестве первичного этапа в стратегии ведения больных со злокачественной колоректальной обструкцией, наше исследование показало, что установка СРМС при кишечной непроходимости, вызванной злокачественными опухолями колоректальной зоны, является безопасным вариантом лечения с приемлемым профилем риска. Мы не смогли определить факторы, дающие возможность прогнозировать развитие осложнений, или те, которые могут повлиять на долгосрочное выживание. Однако, на основе существующих рекомендаций и данных нашего исследования установлено, что использование СРМС при злокачественной колоректальной обструкции является лучшим вариантом паллиативного лечения и подготовительным этапом (bridge to surgery) к радикальному онкологическому хирургическому вмешательству.

**Ключевые слова:** металлические самораскрывающиеся стенты, кишечная непроходимость, паллиативная помощь, колоректальный рак.

*Savoliuk S.I., Bagriy O.S., Negria Ye.V., Glagolieva A.Yu.*

### THE EXPERIENCE OF SELF-EXPANDABLE METALLIC STENT (SEMS) USE IN PATIENTS WITH MALIGNANT COLORECTAL OBSTRUCTION

**Summary.** *Despite numerous discussions on the advantages or disadvantages of the use of self-expanding metallic stent (SEMS) compared with operative treatment as the initial stage on management strategy for patients with malignant colorectal obstruction, our research showed that SEMS placement in case of intestinal obstruction caused by malignancies in colorectal zone is a safe treatment option with an acceptable risk profile. We were unable to determine the factors that could predict the development of complications, or factors that may affect the long-term survival. However, based on the current guidelines and the results of our study it was determined that the use of SEMS for malignant colorectal obstructions is the best option of palliative treatment and preparatory stage (bridge to surgery) before radical cancer surgery.*

**Key words:** *SEMS, bowel obstruction, palliative care, colorectal cancer.*

*Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В. А.*

*Стаття надійшла до редакції 14.11.2016р.*

*Саволюк Сергій Іванович* - зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ; +38(067)9894283; +38(063)8061338; savoluk@meta.ua

*Багрий Олексій Сергійович* - к.м.н., лікар-ординатор хірургічного відділення № 2 Київської міської клінічної лікарні № 8; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

*Негря Євген Васильович* - зав. ендоскопічним відділенням Київської міської клінічної лікарні № 8; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

*Глаголева Анастасія Юрїївна* - клін. ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

© Тамм Т.І., Даценко Б.М., Захарчук О.П., Мамонтов І.М., Аббуд Хамам, Косулін С.В., Яворська Т.М.

УДК: 616.366-002.1-083.98-07-08

**Тамм Т.І., Даценко Б.М., Захарчук О.П., Мамонтов І.М., Аббуд Хамам, Косулін С.В., Яворська Т.М.**

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії та проктології (пр. Московський, 197, м. Харків, Україна, 1037)

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ И ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

**Резюме.** *Проаналізовано результати лікування 244 хворих на гострий холецистит (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД). Встановлено, що ГХ у хворих на ЦД перебігає по типу швидко прогресуючого деструктивного запалення, клінічні прояви якого не відображають важкості місцевих змін, що відбуваються в жовчному міхурі. Диференційований підхід до вибору раціональної лікувальної тактики, заснований на даних УЗД, дозволив в 98,4% здійснити радикальну холецистектомію, з яких у 90% хворих виконана ЛХЕ. Летальність становила 1,2%.*

**Ключові слова:** *гострий холецистит, деструктивна форма, цукровий діабет, ЛХЕ.*

### Вступ

Серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит (ГХ) є одним з найбільш частих захворювань [1, 2, 3, 4, 5]. В даний час визначено лікувально-діагностичний алгоритм у хворих на гострий холецистит, який складається з клінічних симптомів, результатів ультразвукового дослідження (УЗД) і лабораторних даних. Методом вибору в лікуванні хворих неускладненим ГХ є лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Труднощі діагностики ГХ виникають тоді, коли є розбіжності між клінічною картиною, даними лабораторних досліджень і результатами УЗД. У цих випадках хірургу складно визначити терміни і спосіб видалення жовчного міхура. Незначні клінічні прояви ГХ або їх відсутність спостерігається у осіб, які страждають на цукровий діабет (ЦД), число яких прогресивно зростає в останні роки. Метою дослідження є покращення результатів лікування ГХ у хворих на ЦД шляхом підвищення

якості діагностики та диференційованого вибору лікувальної тактики.

### Матеріали та методи

За період з 2007 по 2016 рр. з приводу ГХ в клініці оперовані 1940 хворих з яких у 244 (12,6%) в якості супутньої патології діагностовано ЦД. З 244 хворих чоловіків було 32 (13%), жінок - 212 (84%) Вік хворих склав 26 - 78 років. У віці до 40 років було 8 пацієнтів, до 60 років - 91, до 70 років - 76 і старше 70 років - 69 хворих. Таким чином в групі хворих, що підлягає аналізу 144 (59,4%) були пацієнти похилого віку. На цукровий діабет першого типу страждав 21 (8,6%) пацієнт, діабет другого типу - 223 (91,4%) хворих. Легка форма ЦД була у 100 (41%), середня у 86 (35%), важка у 26 (10,7%), 32 (13,3%) хворих з декомпенсацією вуглеводного обміну, причиною якого став гострий холецистит, були доставлені не в хірургічне, а в токсикологічне