

e-ISSN: 2345-0592	Medical Sciences	
Online issue	Official website: www.medicosciences.com	
Indexed in <i>Index Copernicus</i>		

Malignant mass bowel obstruction: Case report and literature review

Dominykas Markevičius¹

¹*Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania.*

ABSTRACT

Introduction: Malignant bowel obstruction is a frequent complication occurring in advanced abdominal or women urogenital system cancer patients. This complication can be resolved using either surgical or palliative treatment. We are putting forward a clinical case, which involves a 46-year-old patient, who got administered to the hospital due to general weakness, nausea, vomiting, abdominal pain, and inability to defecate.

Clinical case: A 46-year-old male was admitted with weakness, nausea, abdominal pain, bloating and no sensation to defecate, lasting for 5 days. Ultrasound showed that the small intestines had broader loops and the inside was covered with fluids. Small bowel obstruction was diagnosed, and Ringer lactate 1000 ml, nasogastric decompression, enema, and analgesics were administered. This conservative method was not effective. A month ago, a magnetic tomography imaging was performed and showed a mass, infiltrating the rectum, sigmoid colon, and pelvic muscles, also deforming the penis and perineum, and destroying the pubic bones, a paraaortic and inguinal lymphadenopathy. Since the radical surgery was not indicated due to the cancerous spreading and conservative treatment had no effect, a colostomy formation was performed. The second day after the surgery, the patient could drink and eat liquid food. During observation, the colostomy was functioning well.

Conclusion: Ileus is a condition, requiring an adequate and clinically thoughtful treatment. Restoration of the permeability or eradication of the occlusion due to the oncological process should be taken into consideration when treating patients. The main goal of the treatment is to bring back the quality and prolong the lifetime of the patient, so the least physically and psychologically discomforting treatment should be chosen.

Keywords: malignant bowel obstruction, ileus, abdominal pain.

Piktybinio naviko sukeltas žarnų nepraeinamumas. Atvejo aprašymas ir literatūros analizė

Dominykas Markevičius¹

¹*Vilniaus universitetas, Medicinos fakultas. Vilnius, Lietuva.*

Santrauka

Įvadas: Naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas – dažna komplikacija, sergant pažengusių stadijų virškinimo ar moters lytinės sistemų vėžiu. Šios komplikacijos šalinimui gali būti taikomi tiek chirurginiai, tiek paliatyvūs gydymo būdai. Pateikiamas naviko sukkelto mechaninio žarnų nepraeinamumo klinikinį atvejį, kuomet 46-erių metų pacientas kreipėsi į gydytojus dėl bendro silpnumo, pykinimo, vėmimo, pilvo pūtimo ir skausmo bei neįveikiamo poreikio tuštintis.

Klinikinis atvejis: 46 m. pacientas kreipėsi į gydytojus dėl 5 paras trunkančio bendro silpnumo, pykinimo, pilvo skausmo ir pūtimo, neįveikiamo poreikio tuštintis. Atlikus pilvo organų ultragarsinį tyrimą plonųjų žarnų kilpos plačios, gausiai užpildytos skysčiais. Remiantis šiais požymiais pacientui nustatytas žarnų nepraeinamumas, kurio gydymui paskirtas Ringer 1000 ml tirpalas, skrandžio zondavimas, klizmavimas bei analgetikai nuo skausmo. Tačiau skirtas konservatyvus gydymas buvo neefektyvus. Prieš mėnesį atliktos magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo metu buvo nustatytos tiesiąją ir riestinę žarną, dubens raumenis infiltruojančios ir deformuojančios varpos ir tarpvietės masės su dešiniojo gaktikaulio destrukcija, patologinė dubens sritys paraaortinė ir kirkšninė dešinioji limfadenopatija. Todėl, įtariant žarnų nepraeinamumą ir esant neefektyviam konservatyviam gydymui, pacientas hospitalizuotas operaciniam gydymui, kadangi radikalus gydymas dėl ligos išplitimo neindikuotinas. Numatytas kolostomos suformavimas, kuris buvo atliktas tą pačią parą. Antrą pooperacinę parą pradėjo vartoti skysčius (vandenį, arbatą), antroje paros pusėje – skystą maistą. Fizinio ištyrimo metu žarnų peristaltika aktyvi, per kolostomą skyrėsi skystos normalios spalvos išmatos, kolostoma funkcionuoja gerai.

Išvados: Naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas – būklė, reikalaujanti adekvataus ir kliniškai apgalvoto gydymo, atsižvelgiant tiek į galimybę atstatyti žarnų praeinamumą ar okliuziją sukėlusio veiksnio pašalinimą, tiek į onkologinio proceso vietinį ir sisteminių išplitimą. Gydymo tikslas – pagerinti paciento gyvenimo kokybę ir prailginti tikėtiną gyvenimo trukmę, todėl parenkamas didžiausią naudą ir mažiausią fizinį bei psichologinį diskomfortą pacientui sukeliantis gydymo metodas.

Raktiniai žodžiai: obstrukcija, naviko sukelta obstrukcija, mechaninis žarnų nepraeinamumas, pilvo skausmas

1. ĮVADAS

Naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas – dažna komplikacija, sergant pažengusių stadijų virškinimo ar moters lytinės sistemų vėžiu. Remiantis šiuo apibrėžimu, išskiriami šie diagnostiniai naviko sukulto žarnų nepraeinamumo kriterijai: kliniškai įrodyta žarnų obstrukcija, distaliau Treitz raiščio (*m. suspensorium duodeni*) esanti obstrukcija, esamas pirminis intra-abdominalinis ar ekstra-abdominalinis, susisiekiantis su pilvaplėve navikas bei prieinamų gydymo galimybių nebuvimas. (1)

Vidutinis naviko sukulto žarnų nepraeinamumo sergančių pacientų amžius siekia 61-erius metus (nuo 58-erių iki 65-erių metų amžiaus), iš kurių ši komplikacija dažniau pasireiškia moterims (59% - 69%). Vidutiniškai laikas nuo pradinės vėžio diagnozės iki naviko sukulto žarnų nepraeinamumo siekia 14 mėnesių (nuo 13-os iki 15-os mėnesių), o 22% chirurginių pacientų navikas aptinkamas jau pasireiškus žarnų nepraeinamumo klinikai. 36% neoperabilių pacientų su žarnų nepraeinamumu žarnos okliuzija spontaniškai regresuoja, tačiau tokiais atvejais pakartotinos obstrukcijos pasireiškimo tikimybė viršija 60%. Po chirurginio ar paliatyvaus žarnų nepraeinamumo gydymo pacientų išgyvenamumas varijuoja nuo 3 iki 8 mėnesių, o netaikius jokio gydymo – ne ilgiau 4-5 savaičių. (2)

Naviko sukeltas žarnų nepraeinamumas pasireiškia stipriais skausmingais žarnyno diegliais, pilvo sienos išsitempimu, pykinimu ir spontaniškai nutrūkstančiu vėmimu. Priklausomai nuo to, kokiame lygyje obstrukcija, klinikinis pasireiškimas gali skirtis. Viršutinėje žarnyno

dalyje pykinimas pasireiškia anksti bei yra intensyvus, vemiama bekvapiu, vandeningu, su gleivėmis ar tulžimi žarnų turiniu. Esant obstrukcijai apatinėje žarnyno dalyje, vėmimas pasireiškia vėlai, turinys tamsus, labai stipraus, blogo kvapo. (3) Pilvo diegliai pasireiškia dėl labai stiprių peristaltinių bangų ir spazmų, atsirandančių dėl padidėjusio intraluminalinio spaudimo žarnos spindyje, kai turinio praeinamumas žarnomis yra negalimas. Fizinio ištyrimo metu, pilvo išsitempimas dažniau aptinkamas esant apatinės žarnyno dalies obstrukcijai ar kliūtinei peristaltikai, o auskultuojant girdimas labai garsus gurgėjimas.

Naviko sukulto žarnų nepraeinamumo gydymo procesas turi būti tiksliai įvertinamas, atsižvelgiant į individualius kiekvieno pažengusia vėžio stadija sergančio paciento klininius požymius: naviko dydį ir santykį su aplinkiniais audiniais, specifinį vėžio gydymą bei jo prognozę, galimas gydymo išeitis bei paties paciento požiūrį į gydymą. Galimi gydymo būdai yra: chirurginis gydymas, endoskopinis naviko sumažinimas, turinio aspiracija bei simptominė paliatyvi farmakoterapija. (1)

Pristatome paciento, kuriam buvo diagnozuotas vėžio sukeltas žarnų nepraeinamumas, klinikinį atvejį ir jam parinktą, jo amžių, sirgimo trukmę, gretutines ligas bei bendrą sveikatos būklę atitinkantį gydymą.

2. KLINIKINIS ATVEJIS

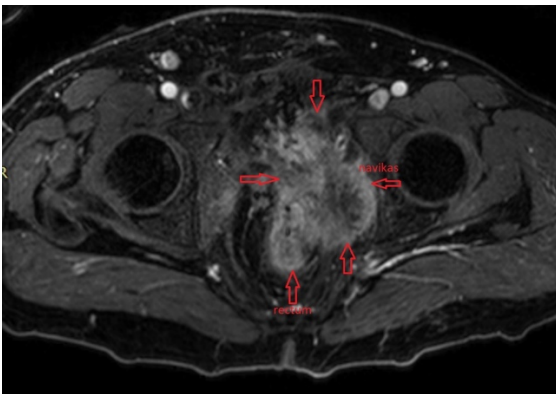
46 m. pacientas kreipėsi į gydytojus dėl 5 paras trunkančio bendro silpnumo, pykinimo, pilvo skausmo ir pūtimo, neįaučiama poreikio tuštintis 7 paras. Atlikus pilvo organų ultragarsinį tyrimą

laisvas skystis pilvos ertmėje nebuvo matomas. Plonųjų žarnų kilpos plačios, gausiai užpildytos skysčiais. Remiantis šiais požymiais pacientui nustatytas žarnų nepraeinamumas, kurio gydymui paskirtas Ringer 1000 ml tirpalas, skrandžio zondavimas, klizmavimas bei analgetikai nuo skausmo. Tačiau skirtas konservatyvus gydymas buvo neefektyvus. 2017 m. spalio mėnesį atliktos magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) tyrimo metu buvo nustatytos tiesiąją ir riestinę žarną, dubens raumenis infiltruojančios ir deformuojančios varpos ir tarpvietės masės su dešiniojo gaktikaulio destruktija, patologinė dubens srities paraortinė ir kirkšninė dešinioji limfadenopatija (1, 2 paveikslai). Todėl, įtariant žarnų nepraeinamumą ir esant neefektyviam konservatyviam gydymui, pacientas hospitalizuotas operaciniam gydymui, kadangi radikalus gydymas dėl ligos išplitimo neindikuotinas. Numatytas dvivamzdės kolostomos suformavimas, kuris buvo atliktas tą pačią parą. Operacijos metu rastos išpūstos plonosios ir visa storoji žarna iki tiesiosios žarnos, žarnų nepraeinamumo priežastis – navikas mažajame dubenyje. Atlikta retrogradinė

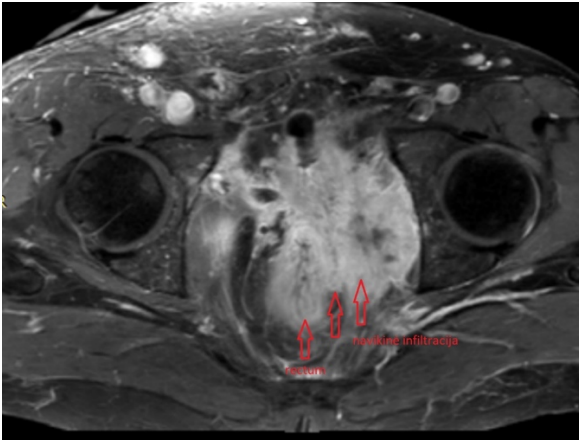
dekompresija per nasogastrinę zondą, storosios žarnos dekompresija atlikta per stomos atvėrimo vietą. Kairiau bambos per tiesųjį pilvo raumenį suformuota dvivamzdė kolostoma iš skersinės gaubtinės žarnos.

Pirmą pooperacinę parą pacientas negalėjo vartoti skysčių bei skysto ir kieto maisto, todėl taikyta kristaloidų infuzoterapija, pooperaciniais skausmais nesiskundė. Antrą pooperacinę parą pradėjo vartoti skysčius (vandenį, arbatą), antroje paros pusėje – skystą maistą. Fizinio ištyrimo metu žarnų peristaltika aktyvi, per kolostomą skyrėsi skystos normalios spalvos išmatos, kolostoma funkcionuoja gerai.

2009 m. pacientui diagnozuota šlapimo pūslės karcinoma st. IA pT1N0M0. Būklė po transuretrinės rezekcijos ir Bacillus Calmette-Guerin (BCG) instaliacijos. Progresuojanti naviko invazija į mažąjį dubenį. 2014 m. VUL SK atlikta urocistektomija, abipusė limfadenektomija, suformuotas ileum konduitas. 2015 m. VUL SK atlikus KT rastos metastazės kepenyse. Atlikta metastatektomija.



1 paveikslas. MRT mažojo dubens vaizdas mDIXON po i/v. kontrastavimo rodykles. Navikinės masės infiltruojančios mažąjį dubenį.



2 paveikslas. MRT mažojo dubens vaizdas T1W po i/v. kontrastavimo. Navikinės masės infiltruojančios mažąjį dubenį.

3. DISKUSIJA

Tam, kad būtų parinktas teisingas ir geriausią ligos išeitį apsprendžiantis gydymas, reikia įsitikinti, jog tai naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas. Pirmiausia, šią būklę reikia diferencijuoti nuo dinaminio žarnų nepraeinamumo ir storosios žarnos pseudo-obstrukcijos. Šios būklės sukelia funkcinę virškinamojo trakto obstrukciją, nesukeldamos mechaninio žarnų nepraeinamumo. Pasireiškia dėl nekoordinuotų ir susilpnėjusių žarnų lygiųjų raumenų susitraukimų. Dinaminis žarnų nepraeinamumas dažniausiai pasireiškia dėl per stiprios žarnyno reakcijos į pilvo ertmės organų operaciją, kurią gali sustiprinti daugelis kitų sąlygų. Storosios žarnos pseudo-obstrukcija sukeliama įvairių metabolinių sutrikimų, vaistų, kurie inhibuoja žarnų peristaltiką, sunkių kitų organų sistemų susirgimų bei didelės apimties operacijų. Ši būklė pasireiškia dideliu storosios žarnos išsiplėtimu su varijuojančiais, vidutinio dydžio plonosios žarnos išsiplėtimais. Abi būklės

yra gydomos konservatyviai intravenine rehidratacija, elektrolitų disbalanso korekcija, žarnyno peristaltiką slopinančių vaistų skyrimo nutraukimu ir kitų lydinčių sutrikimų gydymu. Storosios žarnos pseudo-obstrukcijos gydymui yra naudojamos ir specifinės gydymo priemonės, tokios kaip neostigminas (anticholinesterazinis preparatas), kuris sąlygoja storosios žarnos dekompresiją.(4) Taip pat diferencijuojama nuo toksinio storosios žarnos išsiplėtimo (*megacolon*), kuriam būdingi opinio kolito požymiai (bendra organizmo intoksikacija, karščiavimas $>38^{\circ}\text{C}$, leukocitozė $>10,5 \times 10^3$, tachikardija >120 k./min.), o taip pat radiologiniais tyrimais patvirtinta storosios žarnos dilatacija (>6 cm), edemiškas kontūras.(5)

Naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas gali būti diagnozuojamas remiantis klinikiniais simptomais ir radiologiniais radiniais. Būdingiausi klinikiniai simptomai yra pykinimas, vėmimas, stiprus skausmas, tempimo jausmas pilvo srityje ir nesituštinimas bei dujų susikaupimas žarnyne paskutines 72 valandas iki

kreipimosi į gydymo įstaigą. Išsivysčius aukštam naviko sukeltam mechaniniam žarnų nepraeinamumui vėmimas pasireiškia anksti, vemimama dažnai, vandeningu, gleivingu, bekvapiu, tulžies priemaišų turinčiu žarnų ir skrandžio turiniu. Esant žemam naviko sukeltam mechaniniam žarnų nepraeinamumui vėmimas pasireiškia vėliau. Skrandžio ir žarnų turinys būna tamsus ir turi stiprų specifinį kvapą. Tokia turinio išvaizda ir kvapas atsiranda dėl žarnyną kolonizuojančių bakterijų poveikio suvalgytam maistui. Esant daliniam nepraeinamumui išmatos gali būti skystos dėl bakterijų poveikio ir intestinalinės hipersekrecijos. Stiprus skausmas atsiranda dėl didelių peristaltinių bangų, spazmų žarnų sienelėje ir dėl šios priežasties padidėjusio intraluminalinio slėgio bei dėl sutrikusio maisto judėjimo virškinamuoju traktu. Žarnų išsiplėtimas ir naviko infiltracija į įvairias pilvaplėvės ertmėje esančias struktūras nulemia tai, jog skausmas yra nuolatinis ir neišnykstantis. Fizinio ištyrimo metu žarnų išsiplėtimas dažniau pastebimas esant žemam naviko sukeltam mechaniniam žarnų nepraeinamumui, tai galima įvertinti ir auskultacijos metu: girdimas žarnų gurgėjimas, kliūtinė peristaltika. Išsivysčius pilnam naviko sukeltam mechaniniam žarnų nepraeinamumui žarnų peristaltika gali sumažėti ar visai išnykti, tuomet yra girdimas izoliuoti „metaliniai“ garsai, atsirandantys dėl oro ir skysčio, susikaupusio išplėstame žarnos segmente. Sergant pažengusiomis vėžio stadijomis naviko sukeltas mechanini žarnų nepraeinamumas gali būti siejamas su anemija, hipoalbuminemija, kepenų fermentų pokyčiais, dehidratacija ir prerrenaline disfunkcija, kacheksija, ascitu, palpuojama

navikine mase pilve, sutrikusiomis kognityvinėmis funkcijomis.

Apžvalginė pilvo rentgenograma yra pirmo pasirinkimo tyrimas, įtariant naviko sukeltą mechaninį žarnyno nepraeinamumą, taip pat naudojamas gydymo efektyvumo vertinimui. Radiologiniai šio susirgimo simptomai yra: išsiplėtusios žarnų kilpos, skysčio bei dujų susilaikymas, matomos skysčio-dujų zonos proksimaliau obstrukcijos esančioje žarnoje, sumažėjęs dujų ir išmatų kiekis distaliau obstrukcijos esančioje žarnoje. Esant aukštam naviko sukeltam mechaniniam žarnų nepraeinamumui skysčio-dujų zonos gali būti nematomos. Kontrasto panaudojimas gali būti naudingas chirurginio gydymo pasirinkimui. Dažniausiai atliekant žarnyno kontrastinius rentgenoskopinius tyrimus yra naudojamas bario sulfato kontrastas, tačiau jis nėra absorbuojamas, todėl vėliau gali sukelti problemų atliekant kitus tyrimus ir procedūras (pvz.: endoskopinius). Dažniausiai šis tyrimas negali būti atliktas dėl pacientą varginančio pykinimo ir vėmimo, kuris gali sukelti kontrastinės medžiagos aspiraciją ir išprovokuoti aspiracinę pneumoniją. Šis tyrimas buvo kontraindikuotinas dėl anksčiau minėtų paciento skundų – pykinimo, stiprių pilvo skausmų.

Gastrografinas yra hiperosmosinis kontrastinis preparatas, kuris pasižymi gebėjimu sumažinti obstrukciją plonosiose žarnose. Pagal meta-analizių duomenis pacientams, vartojusiems gastrografino kontrastinį preparatą buvo atlikta mažiau chirurginių intervencijų dėl naviko sukulto mechaninio žarnyno nepraeinamumo.

Kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimas pasižymi didelėmis diagnostikos galimybėmis, nustatant navikinių masių išplitimą, o daugeliu atvejų – ir obstrukciją. Naviko sukulto mechaninio žarnų nepraeinamumo diagnostika KT jautrumas – 93%, specifiskumas – 100%, prognostinė vertė – 83-94%, todėl šio tyrimo diagnostinė nauda yra žymiai didesnė nei pilvo organų echoskopijos ar apžvalginės pilvo rentgenogramos. Tikslumo diagnozuojant peritoninę karcinomatozę KT tyrimu trūksta, nes jo prognostinė vertė yra mažesnė nei 20%, jei navikinės masės yra mažesnės nei 0,5 cm arba masės yra išsidėsčiusios dubenyje, plonosios žarnos pasaite ar pačiame plonajame žarnyne. Magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) tyrimo jautrumas, nustatant navikinių masių išplitimą ir jų sukeltą obstrukciją yra 93-95%, specifiskumas 63-100%, o prognostinė vertė – 81-96%. Atliktų tyrimų metu nustatyta, jog MRT tyrimo jautrumas, specifiskumas ir prognostinė vertė yra žymiai didesnė nei KT, todėl šis tyrimas turėtų būti pasirinktas pirmiau nei KT, įtariant naviko sukeltą mechaninį žarnų nepraeinamumą. Šie tyrimo metodai šio paciento atveju nebuvo naudoti dėl to, kad jau buvo žinoma naviko infiltracija į tiesiąją ir riestinę žarną iš anksčiau darytų tyrimų, dėl to taupant laiką ir ligoninės resursus tyrimai nebuvo kartojami.

Apibendrinant, kontrastiniai rentgenoskopiniai, KT ir MRT tyrimai turėtų būti atliekami, kai paciento bendra būklė yra gera, nežinomas pirminio vėžio išplėtimas, jei yra įtariamas naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas kitoje žarnyno vietoje ir kai yra manoma, jog vėžys yra operabilus. Kontrastinė

rentgenokopija gerai vizualizuoja obstrukcijos vietą bei laipsnį bei padeda diferencijuoti naviko sukeltą mechaninį žarnų nepraeinamumą nuo kitų būklių (pvz.: opioidų sukeltos žarnyno disfunkcijos, storos žarnyno pseudo-obstrukcijos). KT ir MRT tyrimai turėtų būti rezerviniai ir naudojami tik tuomet, kai yra reikalinga detali radiologinė informacija, padedanti nuspręsti, koks gydymo metodas turi būti pasirinktas (pvz.: naviko charakteristikos obstrukcijos vietoje, limfmazgių būklė, intra-abdominalinių ir ekstra-abdominalinių metastazių išplitimas).(1)

Pradinis paciento gydymas turėtų susidėti iš paciento skysčių atstatymo, elektrolitų disbalanso korekcijos ir žarnų dekompresijos nazogastriniu zonu. Tolimesniam žarnų nepraeinamumo dėl iš išorės spaudžiančio naviko gydymui yra keletas chirurginių ir endoskopinių būdų, kuriuos reikėtų rinktis atsižvelgiant į paciento būklę, gydytojo patirtį ir turimus resursus. (6)

Kolostoma – žarnos atvėrimas į pilvo išorę, per kurią pašalinama maisto likučiai iš virškinamojo trakto – tradiciškai, yra pirmo pasirinkimo operacinis gydymo metodas, ypač kai pacientams pasireiškia peritonitas, sepsis, esant nestabiliai hemodinamikai ar kitiems sutrikimams, dėl kurių gali kilti pooperacinės žaizdos gyjimo komplikacijų. Laparoskopiskai arba laparotomijos metu panaudojama kylančioji, skersinė, nusileidžiančioji arba riestinė gaubtinės žarnos dalis ir per tiesiojo raumens aponeurozę, odą išvedama į išorę. Gali būti išvedami abu žarnos galai, kurie fiksuoti laikikliu, paprastai drenu, kad neįkristų atgal į pilvo ertmę (dvivamzdė stoma)

arba vienas galas – vienvamzdė stoma. Jei įmanoma, šią operaciją turėtų sekėti pažeisto žarnos segmento, naviko rezekcija ir kolostomos užvėrimas. Operacijos privalumai: gana trumpas operacijos laikas, nėra anastomozė nesandarumo rizikos. Tačiau ši operacija turi ir neigiamų aspektų: gana dažnos parastomalinės išvaržos, prastesnė gyvenimo kokybė: stoma turi būti pastoviai prižiūrima, reikia laikytis dietų, norint išvengti obstipacijų ar per didelio dujų kiekio bei gana maža tikimybė, kad stoma bus užverta.(7) Dėl nemažo kiekio trūkumų ir jų poveikio gyvenimo kokybei ir pacientai, ir chirurgai pastaruoju metu stengiasi pasirinkti alternatyvius gydymo būdus. Šis gydymo metodas parinktas dėl geresnės gyvenimo kokybės ir didesnės išgyvenamumo tikimybės, lyginant su kitom procedūrom, bei dėl to, kad infiltravęs žarną navikas yra nerezektabilus, šios operacijos metu sukuriama virškinamojo trakto apylanka, atkurianti evakuacijos iš virškinamojo trakto funkciją ir pašalinanti ligos simptomus.

Vienas iš būdų išvengti stomos išvedimo – subtotalinė kolektomija, kurios metu sukuriama ileosigmoidinė arba ileorektalinė anastomozė ir kartu galima rezekuoti pažeistą storąją žarną. Tačiau, kaip ir visose intervencijose, yra keletas trūkumų: gali blogėti paciento gyvenimo kokybė: dėl galimo didelio kiekio žarnų rezekcijos gali tekti laikytis dietos, prastėti vandens absorbcija – atsiranda dehidracijos, išvaržų rizika.(2) Dėl to renkant šią operaciją reikia atsižvelgti į rezekuojamos žarnos kiekį.(8) Tačiau pagrindinis šios operacijos trūkumas – naviko rezekcijos metu šalinami šalia esantys onkologinio proceso pažeisti organai, o tai gali padidinti pooperacinį

mirštamumą ir kartu mažai pagerinti gyvenimo kokybę: prailgėja pooperacinis periodas, išlikęs poreikis išvesti stomą. Taigi subtotalinė kolektomija yra operacija su galimai gerom išėgom, jei indikacijos – paciento sveikata ir naviko dydis – nurodo pakankamai gerą išgyvenamumą – virš 6 mėnesių, jei ne – galima pasirinkti mažiau žalojančią operaciją – iš karto išvesti kolostomą ir naviką gydyti paliatyviai.(9) Šis gydymo būdas nebuvo panaudotas, nes dėl išplitusio naviko ir didelio rezektabilaus žarnos kiekio gresia nukraujavimas, anastomozės nesandarumas, sfinkterių pažeidimas.

Pastaruoju metu vis daugiau populiarumo sulaukiantis būdas suvaldyti obstrukciją yra endoskopinis stentavimas savaime išsiskleidžiančiu metaliniu stentu, kuris praplečia užspaustos žarnos diametrą ir turinys vėl gali fiziologiškai judėti tolyn. Šis būdas, pirmiausiai aprašytas 1995 metais (10), gali būti naudojamas kaip paliatyvus nepagydomos ligos gydymo metodas arba kaip tarpinis etapas iki planinės operacijos. Kolonoskopijos metu pro striktūrą įvedamas vedlys, striktūra išplečiama balionu ir įvedamas savaime išsiskleidžiantis stentas, kuris praplečia užspaustą žarną ir galimai iš karto palengvina nepraeinamumo simptomus. Tačiau atliekant šią operaciją taip pat yra nemaža komplikacijų tikimybė: stento migracija, peraugimas, perforacija.(11) Dėl pastarosios komplikacijos stentavimas kaip būdas atidėti skubią operaciją lieka diskutuotinas ir labiau yra priimtinas paliatyviam gydymui.

2007-2009 metais atliktos dvejų studijų palyginančios skubią ir planinę, prieš tai įstačius metalinį stentą, operacijas gydant navikų sukeltą

žarnų nepraeinamumą, tačiau jų išvados skyrėsi. Pirmojoje dalyvavo 48 pacientai su žarnų nepraeinamumu dėl naviko, iš kurių pusė buvo operuojami skubiai, o kiti endoskopiškai stentuoti, o operuoti - vėliau. Antrojoje grupėje buvo mažiau kraujavimų, anastomozų nesandarumo atvejų, žaizdų infekcijų, pacientai skundėsi mažesniais pooperaciniais skausmais. Taip pat antrojoje grupėje nei vienas pacientas neturėjo pastovios stomos, o pirmojoje - net šeši (12). Kita, didesnė studija atlikta Nyderlanduose nepateikė tokių aiškių rezultatų. Iš 98 dalyvavusių pacientų, keturiasdešimt septyniems buvo atliktas stentavimas, o 51 – skubi operacija. Tačiau galutinėje analizėje nebuvo atrasta žymių skirtumų tarp mirštamumo, bendro sveikatos įvertinimo ar stomų įvedimo.(13) Dėl šių studijų neatitikimo priimta, kad gydantis chirurgas gali pasirinkti atitinkamą gydymo būdą atsižvelgdamas į paciento sveikatą.

Savaime išsiplečiantis metalinis stentas taip pat gali būti naudojamas paliatyviam gydymui – pašalinti žarnų nepraeinamumą ir jo sukeltus simptomus. Tai gana efektyvi procedūra, kuri gali palengvinti simptomus iki 92%. (11) Pagal studiją, atliktą 1999-2005 metais, kurios metu buvo lyginamos dvi grupės: pirmojoje buvo atlikti stentavimai, antrojoje - operacijos, galima teigti, kad stentavimas taip pat duoda ilgesnę išgyvenamumo tikimybę, geresnę pooperacinį laikotarpį: pirmos grupės išgyvenamumo vidurkis buvo 296 dienos, o antrosios – 234, nepaisant to, kad pirmojoje grupėje pacientai buvo statistiškai aukštesnėje Amerikos anesteziologų draugijos klasifikacijos klasėje. Taip pat pooperacinis hospitalizavimas buvo trumpesnis (2 ir 9,5 dienos),

o komplikacijų, kurioms reikėjo intervencijos buvo mažiau (19% stentuočių pacientų, 32% operuočių pacientų) (14).

Stentavimas šiuo atveju nebuvo naudotas, nes navikas yra plačiai infiltravęs tiesiąją ir riestinę žarną, t.y. ilgą žarnos segmentą, todėl įstatyti stentą gali būti neįmanoma arba rizikinga, nes bandant įvesti vedlį galima perforacija arba kraujavimas. Taip pat obstrukcijos lokalizacija yra nepalanki – netoli analinės angos, studijos parodo, kad pacientai skundžiasi skausmu, išmatų nelaikymu, tenezmais.(13)

4. IŠVADOS

Naviko sukeltas mechaninis žarnų nepraeinamumas – būklė, reikalaujanti adekvataus ir kliniškai apgalvoto gydymo, atsižvelgiant tiek į galimybę atstatyti žarnų praeinamumą ar okliuziją sukėlusio veiksnio pašalinimą, tiek į onkologinio proceso vietinį ir sisteminį išplitimą. Dažniausi gydymo metodai pažengusių stadijų vėžio sukulto mechaninio žarnų nepraeinamumo yra paliatyvūs, todėl nesitikima radikaliai pašalinti naviko. Gydymo tikslas – pagerinti paciento gyvenimo kokybę ir prailginti tikėtiną gyvenimo trukmę, todėl parenkamas didžiausią naudą ir mažiausią fizinį bei psichologinį diskomfortą pacientui sukkeliantis gydymo metodas.

5. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing

- spontaneous resolution. *Cancer Manag Res*. 2012 m. birželio 13 d.;4:159–69.
2. Yoshida T, Kinugasa T, Oka Y, Mizobe T, Ishikawa H, Mori N, ir kt. Bowel obstruction caused by an internal hernia that developed after laparoscopic subtotal colectomy: a case report. *J Med Case Reports* [Prieiga per internetą]. 2014 m. gruodžio 29 d. [žiūrėta 2017 m. gruodžio 18 d.];8. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320605/>
 3. Sinicrope FA. Ileus and Bowel Obstruction. 2003 m. [žiūrėta 2017 m. gruodžio 16 d.]; Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13786/>
 4. Batke M, Cappell MS. Adynamic ileus and acute colonic pseudo-obstruction. *Med Clin North Am*. 2008 m. gegužės;92(3):649–670, ix.
 5. Mostafazadeh B, Farzaneh E, Paezi M, Nikkhah F. Toxic megacolon as a rare complication following atropine therapy due to organophosphate poisoning: A case report. *Med Leg J*. 2017 m. gruodžio;85(4):221–3.
 6. Sawai RS. Management of Colonic Obstruction: A Review. *Clin Colon Rectal Surg*. 2012 m. gruodžio;25(4):200–3.
 7. Mealy K, O’Broin E, Donohue J, Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy--what is the outcome? *Dis Colon Rectum*. 1996 m. lapkričio;39(11):1227–31.
 8. You YN, Chua HK, Nelson H, Hassan I, Barnes SA, Harrington J. Segmental vs. extended colectomy: measurable differences in morbidity, function, and quality of life. *Dis Colon Rectum*. 2008 m. liepos;51(7):1036–43.
 9. Fazio VW. Indications and surgical alternatives for palliation of rectal cancer. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2004 m. balandžio;8(3):262–5.
 10. Rupp KD, Dohmoto M, Meffert R, Holzgreve A, Hohlbach G. Cancer of the rectum--palliative endoscopic treatment. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. 1995 m. gruodžio;21(6):644–7.
 11. Watt AM, Faragher IG, Griffin TT, Rieger NA, Maddern GJ. Self-expanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review. *Ann Surg*. 2007 m. liepos;246(1):24–30.
 12. Cheung HYS, Chung CC, Tsang WWC, Wong JCH, Yau KKK, Li MKW. Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer: a randomized controlled trial. *Arch Surg Chic Ill 1960*. 2009 m. gruodžio;144(12):1127–32.
 13. van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Lutke Holzik MF, Grubben MJ, ir kt. Colonic stenting versus emergency

surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011 m. balandžio;12(4):344–52.

14. Ptok H, Marusch F, Steinert R, Meyer L, Lippert H, Gastinger I. Incurable stenosing colorectal carcinoma: endoscopic stent implantation or palliative surgery? *World J Surg.* 2006 m. rugpjūčio;30(8):1481–7.