

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ БУЖИРОВАНИЕ КАК ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

К.У. БАТЫРБЕКОВ¹, А.А. ГАЛИАКБАРОВА¹, А.Т. УАЛИХАНОВ¹

¹ТОО «Национальный научный онкологический центр», Астана, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Рак пищевода – одна из наиболее агрессивных опухолей пищеварительного тракта, при этом 5-летняя выживаемость составляет всего 10%. Учитывая глобальное старение населения, а, следовательно, увеличение числа пациентов, которые не перенесут хирургическое вмешательство, химиотерапию и облучение, или тот факт, что они не хотят этого, особенно из-за недостатков и сопутствующей патологии, альтернативой являются эндоскопические методы в целях паллиативного лечения.

Цель исследования – доложить о результатах использования дистальных колпачков для бужирования стенозов пищевода при неоперабельном раке пищевода.

Методы: В статье описаны случаи эндоскопического бужирования колпачками у пациентов со стенозирующим неоперабельным раком пищевода, в условиях Национального научного онкологического центра (Астана, Казахстан).

Результаты: Все 5 пациентов были со стенозирующим неоперабельным раком пищевода и эндоскопически установленной перкутанной гастростомой. Все пациенты отказались от приема пищи через гастростому и хотели принимать пищу физиологически перорально с сохранением вкусового восприятия пищи. Сеансы бужирования пищевода дистальными колпачками проводились амбулаторно и без седации, промежутки между сеансами составили от 7 до 20 дней, количество бужирований составило от 4 до 11 сеансов.

Заключение: В нашей клинике бужирование дистальными колпачками успешно используется у пациентов с доброкачественными стриктурами давно и в этой статье мы представляем случаи бужирования у 5 пациентов со злокачественными стенозами. Дальнейшее исследование эффективности бужирования злокачественных стенозов колпачками требует, безусловно, более обширной выборки пациентов и более длительного наблюдения, но мы решили опубликовать свои предварительные результаты, так как первыми в Казахстане начали использовать их у неоперабельных онкологических пациентов. Бужирование как паллиативное лечение при неоперабельном раке пищевода является методом улучшения пассажа пищи и более физиологического приема пищи, который по вкусовым предпочтениям более психологически востребован пациентами в отличие приема пищи через гастростому. Бужирование колпачками представляет собой безопасный метод, так как колпачок Bougie Cap прозрачный и бужирование проходит под визуальным контролем эндоскописта. Такая методика бужирования может быть рекомендована для широкого использования в клиниках как самый безопасный метод бужирования не только при злокачественных стенозах, но и при доброкачественных стриктурах пищевода.

Ключевые слова: стеноз, стриктура, бужирование, паллиативное лечение, рак пищевода.

Введение: Рак пищевода представляет собой одну из наиболее агрессивных опухолей пищеварительного тракта, при этом выживаемость в течение 5 лет составляет всего 10%. В Казахстане за 2022 год выявлено 1108 новых случаев рака пищевода (5,7 на 100000 населения). В структуре онкологических заболеваний у мужчин в Казахстане рак пищевода занимает 9-е место. В структуре смертности рак пищевода в Казахстане занимает 7-е ранговое место, и число умерших от рака пищевода в 2022 году составило 612 случаев. В структуре смертности мужчин от рака, рак пищевода находится на 4-м месте с долей 5,7% в 2022 году [1].

В течение последних трех десятилетий во всем мире наблюдался рост заболеваемости раком пищевода, в настоящее время ежегодно диагностируется около 400 000 новых случаев рака пищевода. Это восьмая по значимости причина заболеваемости раком и шестая по значимости причина смерти от рака в целом. Принимая во внимание глобальное старение населения и, следовательно, увеличение числа пациентов, которые не перенесут хирургическое вмешательство, химиотерапию и облучение, или тот факт, что они не хотят

этого, особенно из-за побочных эффектов и сопутствующих патологий, альтернативой являются эндоскопические методы в целях паллиативного лечения [2, 3].

По меньшей мере у половины пациентов с раком пищевода нет надежды на излечение из-за прогрессирующей регионарной злокачественной инвазии (Т3-4, N+, M+) без ответа на химио- и лучевую терапию, плохого состояния пациентов до операции или системного метастазирования. Низкая ожидаемая продолжительность жизни не оправдывает рискованных медицинских процедур, цель паллиативной терапии состоит в улучшении качества жизни путем устранения дисфагии (восстановления перорального питания), которая представляет собой наиболее распространенное осложнение рака пищевода. Для лечения дисфагии, которая является основной целью паллиативной помощи, могут использоваться эндоскопические методы [4, 5].

Любой стеноз пищевода доброкачественной или злокачественной природы можно дилатировать с помощью полимерных бужей по струне-проводнику или с помощью нового девайса (для Казахстана) дистальными прозрачными колпачками Bougie Cap (Ovesco,

Германия). В ТОО «Национальный научный онкологический центр» (ННОЦ, Астана, Казахстан) достаточно успешно применяются оба метода бужирования, но с 2022 года мы преимущественно используем дистальные колпачки. Они безопаснее бужей с проводником, поскольку позволяют визуальнo контролировать процедуру с помощью эндоскопа.

Колпачок Bougie Cap позволяет осуществлять прямой визуальный контроль во время дилатации, поэто-

му натяжение ткани видно при прохождении стеноза с помощью колпачка, что позволяет избежать чрезмерного растяжения. Кроме того, время процедуры сокращается за счет меньшей замены инструмента. Оценка может быть проведена непосредственно после бужирования благодаря визуализации, достигаемой с помощью прозрачного колпачка Bougie Cap (рисунок 1). Колпачки доступны в различных размерах (Ø 10-12-14-16 мм) и легко крепятся к дистальному концу эндоскопа.

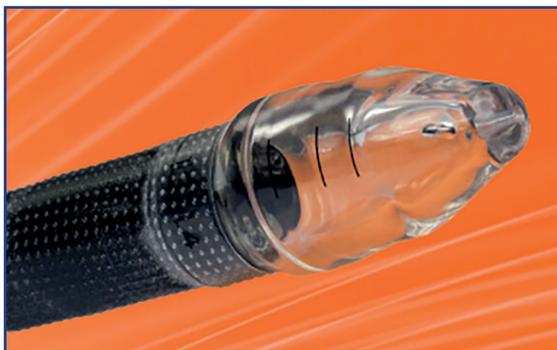


Рисунок 1 – Дистальный колпачок Bougie Cap для бужирования стенозов и стриктур пищевода

Дистальный конец колпачка имеет три отверстия: два из них (боковые) для вдувания и всасывания воздуха и одно (центральное) для введения направляющей

струны. В упаковке 3 одноразовых колпачка. Колпачки имеются как для ультратонких гастроскопов, так и для стандартных эндоскопов (рисунок 2).



Рисунок 2 – Виды и размеры дистальных колпачков на эндоскоп для проведения бужирования

Цель исследования – доложить о результатах использования дистальных колпачков для бужирования стенозов пищевода при неоперабельном раке пищевода.

Материалы и методы: В условиях центра экспертной эндоскопии ННОЦ эндоскопическое бужирование дистальным колпачком было проведено 5 пациентам со стенозирующим неоперабельным раком пищевода.

Все пациенты первоначально были госпитализированы в стационар для эндоскопически ассистированной установки перкутанной гастростомы, так как рак пищевода у этих пациентов был признан неоперабельным и для кормления была выбрана менее финансово-затратная гастростома. Для улучшения пассажа пищи через пищевод всем пациентам было показано стентирование или же установка гастростомы для улучшения нутритивного статуса.

Всем пациентам были установлены перкутанные гастростомы с эндоскопической ассистенцией и предва-

рительным бужированием стенозированного опухоли просвета пищевода. Бужирование пациентам проводилось в амбулаторных условиях и без седации, с последовательным использованием дистальных колпачков для эндоскопа Bougie Cap 12, 14, 16 мм (рисунок 3).

Седация пациентов для проведения бужирования не требовалась, так как процедура по длительности сопоставима с обычной рутинной гастроскопией и сопровождается легким дискомфортом без выраженного болевого синдрома. Документального (рентгенологического контроля) подтверждения успешности бужирования дистальными колпачками не требовалось, так как успешность бужирования визуальнo видна во время самой процедуры через прозрачный дистальный колпачок. Также для контроля достаточно попросить пациента выпить стакан воды, и чувство свободного пассажа воды через пищевод в полость желудка дает пациенту и врачу осознать клиническую эффективность процедуры бужирования.

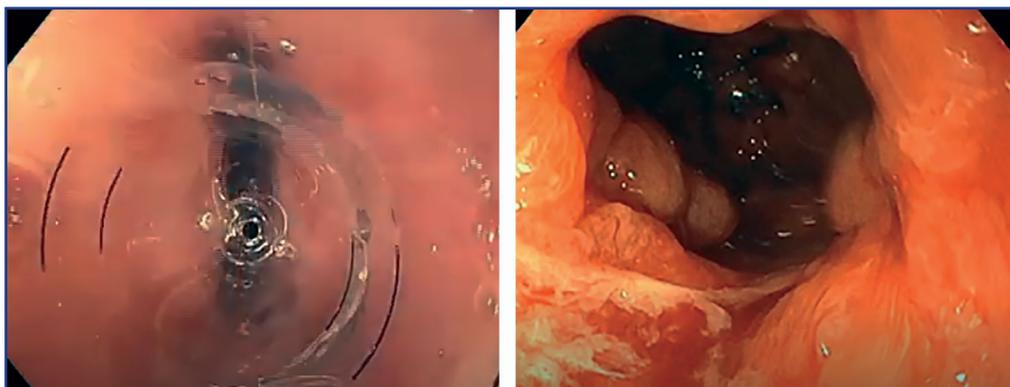


Рисунок 3 – Эндоскопическая картина при бужировании дистальным колпачком. Визуальный контроль при бужировании проводится через прозрачный полимерный колпачок

Клинический случай №1. Пациент Г., 63 лет, житель г. Астана, при поступлении предъявлял жалобы на затруднение при прохождении твердой и жидкой пищи.

Диагностика: Выставлен диагноз: Кардиоэзофагальный рак желудка St IV cT3NxM0, Mts поражение печени, дисфагия 2-3 степени.

Лечение: Учитывая возраст и низкий ECOG статус, решением мультидисциплинарной группы пациенту рекомендовано проведение симптоматической терапии по месту жительства, установка эндоскопического стента или перкутанной гастростомы. На гастроскопии опухолевый стеноз локализовался в средней трети пищевода, протяженность поражения была примерно 5,0 см, с сужением просвета минимально до 0,5 см. В стационаре была установлена гастростома, но после выписки пациент настаивал на более физиологичном пероральном приеме пищи и далее в амбулаторных условиях проводились сеансы бужирования просвета пищевода дистальными колпачками для эндоскопа Bougie Cap 12, 14, 16 мм (рисунок 3).

Результаты: Бужирование проведено 5 раз с промежутками от 10 до 20 дней, промежутки времени между сеансами бужирования зависели от нарастания дисфагии и при значительном ухудшении пассажа пищи пациент самостоятельно приезжал в клинику без предварительной записи.

Клинический случай №2. Пациент Р. 60 лет, житель г. Косшы, при поступлении предъявлял жалобы на затрудненное прохождение густой и жидкой пищи.

Диагностика: Выставлен диагноз: рак нижней трети пищевода T2NxM0 St. II., состояние после дистанционной лучевой терапии, рецидив, дисфагия 2-3 степени. Морфологический диагноз: плоскоклеточная карцинома пищевода. На гастроскопии выявлен опухолевый стеноз пищевода в нижней трети до 0,3 см, протяженностью 6,5 см по шкале эндоскопа.

Лечение: Учитывая тяжелую легочную патологию в виде идиопатического альвеолита, дыхательную недостаточность 1 степени, высокий риск развития тяжелых легочных осложнений после операции вплоть до летального исхода, в оперативном лечении пациенту отказано и рекомендованы курсы паллиативной лучевой терапии и установка перкутанной гастростомы. Однако пациент отказался от приема пищи через гастростому и по настоянию пациента проводились сеансы бужирования пищевода дистальными колпачками Bougie Cap 12, 14, 16 мм.

Результаты: Всего проведено 11 сеансов бужирования в течение 5 месяцев до летального исхода.

Клинический случай №3. Пациент М., 47 лет, житель г. Астана, при поступлении жаловался на затрудненное прохождение твердой и мягкой пищи, снижение веса на 12 кг, общую слабость.

Диагностика: Выставлен диагноз: Рак желудка T4NxM1 - St. IV, канцероматоз брюшной полости, асцит, дисфагия 2-3 степени. Морфологический диагноз: перстневидноклеточный рак. При первичной гастроскопии выявлен стеноз до 0,3 см с протяженностью до 4,5 см по шкале эндоскопа.

Лечение: Учитывая опухолевый стеноз пищевода, субтотальное поражение желудка и выраженную нутритивную недостаточность, решено установить лечебную энтеростому с целью адекватного питания. Аналогично двум первым пациентам, отказался от питания через гастростому и настоял на сеансах бужирования, чтобы принимать пищу перорально и для физиологичного вкусового восприятия пищи.

Результаты: Проведено 8 сеансов бужирования в течение 3 месяцев до летального исхода от осложнений основного заболевания.

Клинический случай №4. Пациент Ж., 69 лет, житель г. Караганда. Жалобы при поступлении на затрудненное прохождение твердой пищи.

Диагностика: Выставлен диагноз: Рак нижней трети пищевода. St. II. T2NxM0, состояние после фотодинамической терапии, хроническая ишемическая болезнь сердца. Морфологический диагноз: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак пищевода (G2) с распадом. На гастроскопии выявлен опухолевый стеноз нижней трети пищевода до 0,3 см, с протяженностью до 7,0 см по шкале эндоскопа.

Лечение: Учитывая тяжелую сопутствующую патологию в виде хронической ишемической болезни сердца с сердечно-сосудистой недостаточностью, пациенту отказано в оперативном лечении и химиотерапии, рекомендована установка перкутанной гастростомы или стентирование пищевода. Аналогично трем первым пациентам, отказался от питания через гастростому и настоял на сеансах бужирования, чтобы принимать пищу перорально и для физиологичного вкусового восприятия пищи.

Результаты: Проведено 4 сеанса бужирования в течение 2 месяцев до летального исхода от осложнений основного заболевания.

Клинический случай №5. Пациент Е., 58 лет, житель Акмолинской области. При поступлении жаловался на умеренные боли в области эпигастрии, затрудненное прохождение твёрдой и мягкой пищи, потерю веса на 20 кг за 6 месяцев, общую слабость.

Диагностика: Выставлен диагноз: рак средней трети пищевода Т3NxM0 St II, дисфагия 3-4 степени, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз. Морфологический диагноз: высокодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак пищевода(G1). На гастроскопии выявлен опухолевый стеноз средней трети пищевода до 0,2 см на протяжении 5,5 см по шкале эндоскопа.

Лечение: Ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, пациенту отказано в проведении оперативного лечения, рекомендована установка перкутанной гастростомы. На первой неделе после установки гастростомы пациент отказался от питания через гастростому и настоял на сеансах бужирования, чтобы принимать пищу перорально и для физиологического вкусового восприятия пищи.

Результаты: Проведено 6 сеансов бужирования в течение 3 месяцев до летального исхода от осложнений основного заболевания.

Результаты:

Согласно данным таблицы 1, 4 из 5 пациентов с неоперабельным стенозирующим раком пищевода были мужского пола. Возраст пациентов варьировал от 47 до 69 лет. Четыре пациента были жителями г. Астана и его окрестностей и только один пациент был иногородним. Все пациенты при первичном обращении были с 3-й степенью дисфагии, с затруднением прохождения жидкостей, что соответствовало 3 или 4 степени стеноза пищевода (0-3-5 мм просвета). Преимущественно опухоль пищевода локализовалась в средней трети пищевода. Протяженность опухолевого стеноза пищевода была минимально от 4,5 см и максимально до 7,0 см по шкале эндоскопа. Количество сеансов бужирования варьировало от 4 до 11 раз. Бужирование проводилось с последовательной заменой колпачков на 12, 14 и 16 мм, тем самым суженный просвет пищевода дилатировался до 16 мм максимально, что было достаточным для свободного пассажа густой и твердой пищи. Промежутки между бужированиями пищевода зависели от степени нарастания дисфагии у пациента и минимально занимали 7 дней и максимально доходили до 20 дней.

Таблица 1 – Характеристики пациентов

№	Пол	Город	Возраст	Локализация	Степень дисфагии	Протяженность	Количество сеансов бужирования
1	Муж.	Астана	63	Средняя треть	3	5,0 см	5 раз
2	Муж.	Косшы	60	Средняя треть	3	6,5 см	11 раз
3	Муж.	Астана	47	Средняя треть	3	4,5 см	8 раз
4	Муж.	Караганда	69	Нижняя треть	3	7,0 см	4 раза
5	Жен.	Акмолинская область	58	Средняя треть	3	5,5 см	6 раз

Обсуждение: Bougie Cap – относительно новое приспособление, специально разработанное для бужирования стенозов пищевода и желудка. Первые публикации об использовании этого приспособления в зарубежной литературе датированы 2018 годом. В зарубежной литературе имеются публикации, описывающие опыт использования Bougie Cap при стриктурах после лучевой терапии или эозинофильного эзофагита, а также при рубцовых стенозах пищевода, но нет ни одной публикации, описывающей опыт бужирования этим приспособлением при злокачественных стенозах. Что касается Казахстана, то в эндоскопическом отделении ННОЦ это приспособление начали использовать одними из первых в стране с 2022 года, и за этот короткий промежуток нами уже накоплен опыт применения этих колпачков для бужирования при доброкачественных стриктурах пищевода, а также злокачественных опухолевых стенозах пищевода.

В настоящее время тариф, оплачиваемый ФОМСом по пакету ГОМП/ОСМС за пролеченные случаи по коду «Устранение стриктуры пищевода», очень низок и не покрывает всех расходов на дорогостоящие расходные материалы, поэтому онкологические клиники вынуждены экономить на закупке ИМН и в отдельных случаях пациент должен оплачивать стенты из своего кармана. Поэтому у пациентов со стенозирующим раком пищевода единственным вариантом лечения в стационаре за счет бюджета становится установка гастростомы, которая для клиники обходится всего в 69 тысяч тенге. И учитывая выше сказанное, все пять пациентов отказались от установки пищеводного само-

расправляющегося стента минимальной стоимостью в 380 тысяч тенге в пользу перкутанной гастростомы, так как оплату стента пришлось бы оплачивать самому пациенту или его родственникам. Вследствие этого всем пятерым пациентам были установлены перкутанные гастростомы с эндоскопической ассистенцией и предварительным бужированием стенозированного опухолю просвета пищевода. В скором времени после установки гастростомы пациенты неохотно пользовались приемом пищи через гастростому и сохраняли пероральный прием пищи, так как стенозированный участок пищевода был дилатирован при установке гастростомы. В дальнейшем при повторном нарастании симптомов дисфагии пациенты обращались амбулаторно для повторных сеансов бужирования пищевода. Все пять пациентов отказались от приема пищи через гастростому и хотели принимать пищу физиологически перорально с сохранением вкусового восприятия пищи до последних дней жизни.

Заключение: В условиях ННОЦ бужирование дистальными колпачками рутинно и успешно используется у пациентов с доброкачественными стриктурами достаточно давно и в этой статье мы представляем случаи бужирования у 5 пациентов со злокачественными стенозами. Дальнейшее исследование эффективности бужирования злокачественных стенозов дистальными колпачками требует, безусловно, более обширной выборки пациентов и более длительного наблюдения, но мы решили опубликовать свои предварительные результаты, так как первыми в Казахстане начали использовать их у не-

операбельных онкологических пациентов. Эндоскопическое бужирование бужами или же дистальными колпачками как паллиативное лечение при неоперабельном раке пищевода является методом улучшения пассажа пищи и более физиологичного приема пищи, который по вкусовым предпочтениям и более психологически востребован пациентами в отличие приема пищи через гастростому. Эндоскопическое бужирование дистальными колпачками Bougie Cap представляет собой более безопасный метод чем бужирование по струне-проводнику полимерными бужами, так как колпачок Bougie Cap прозрачный и бужирование проходит под визуальным контролем врача-эндоскописта. Такая методика бужирования дистальными колпачками Bougie Cap, по нашему опыту, может быть рекомендована для широкого использования в клиниках Республики Казахстан как самый безопасный метод бужирования не только при злокачественных стенозах, но и при доброкачественных стриктурах пищевода.

Список использованных источников:

1. Кайдарова Д.Р., Шатковская О.В., Онгарбаев Б.Т., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж., Лаврентьева И.К., Саги М.С. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2022 год (статистические и аналитические материалы) / под ред. Д.Р. Кайдаровой. – Алматы: КазНИИОУР, 2023. – 430 с. [Kaidarova D.R., Shatkovskaya O.V., Ongarbaev B.T., Seisenbaeva G.T., Azhmagambetova A.E., Zhylkaidarova A.Zh., Lavrent'eva I.K., Sagi M.S. Pokazateli onkologicheskoy sluzhby Respubliki Kazaxstan za 2022god» (statisticheskie i analiticheskie materialy) / pod red. D.R. Kajdarovoj. – Almaty: KazNIIOiR, 2023. – 430 s. (in Russ.)]. <https://doi.org/10.52532/1-09-2023-1-430>
2. Mocanu A., Bãrta R., Hoara P., Constantinoiu S. Endoscopic palliation of advanced esophageal cancer // J. Med. Life. – 2015. – Vol. 8(2). – P. 193-201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392091/>
3. Ramakrishnaiah V.P.N., Malage S., Sreenath G.S., Kotlapati S., Cyriac S. Palliation of Dysphagia in Carcinoma Esophagus // Clin. Med. Insights Gastroenterol. – 2016. – Vol. 9. – P. 11-23. <https://doi.org/10.4137/CGast.S30303>
4. Zhao D., Shahbahrami K., Fernando H.C. Endoscopic palliation of esophageal cancer: a narrative review apart from stenting // Ann. Esophagus. – 2023. – Vol. 6. <https://doi.org/10.21037/aoe-21-51>
5. Yano T., Sunakawa H., Nakajo K., Kadota T., Yoda Y. Endoscopic management of patients with esophageal stricture in the oncology practice: a narrative review // Ann. Esophagus. – Vol. 4. <https://doi.org/10.21037/aoe-20-91>

АНДАТПА
ЕРТЕ КОЛОРЕКТАЛЬДЫ ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ АРНАЛҒАН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЕМДЕУ: ЖАҒДАЙЛАР СЕРИЯСЫ

Қ. Батырбеков¹, А. Галияқбарова¹, А. Уәлиханов¹

¹«Ұлттық онкологиялық зерттеу орталығы» ЖШС, Астана, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі: Өңеш қатерлі ісігі, ас қорыту жолындағы ең агрессивті ісіктердің бірі, 5 жылдық өмір сүру деңгейі небәрі 10% құрайды. Халықтың жаһандық қартаюын, демек, хирургиялық араласудан, химиотерапиядан және сәулеленуден өтпейтін пациенттер санының көбеюін немесе оны қаламайтындығын ескере отырып, әсіресе кемшіліктер мен ілеспе патологияға байланысты паллиативті емдеуге арналған эндоскопиялық әдістер балама болып табылады.

Зерттеудің мақсаты – өңештің жұмыс істемейтін қатерлі ісігі кезінде өңеш стенозын бужирлеу үшін дистальды қақпақтарды қолдану нәтижелері туралы есеп беру.

Әдістері: мақалада ұлттық ғылыми онкологиялық орталық (Астана, Қазақстан) жағдайында өңештің стеноздайтын жұмыс істемейтін қатерлі ісігі бар пациенттерде қақпақтармен эндоскопиялық бужирлеу жағдайлары сипатталған.

Нәтижелері: Барлық 5 пациентте өңештің стенозды жұмыс істемейтін қатерлі ісігі және эндоскопиялық түрде орнатылған перкутанды гастростомы болды. Барлық пациенттер гастростомы арқылы тамақтанудан бас тартты және тағамның дәмін сақтай отырып, физиологиялық ауызша тамақтанғысы келді. Өңешті дистальды қақпақтармен сүмбілеу сеанстары амбулаториялық және седациясыз өткізілді, сеанстар арасындағы алашақтықтар 7-ден 20 күнге дейін, сүмбілеу саны 4-тен 11-ге дейін болды.

Қорытынды: Біздің клиникада дистальды қақпақты сүмбілеу ұзақ уақыт бойы қатерсіз стриктурасы бар науқастарда сәтті қолданылып келеді және осы мақалада біз қатерлі стенозы бар 5 пациенттің сүмбілеу жағдайларын ұсынамыз. Қатерлі стеноздарды қақпақтармен сүмбілеудің тиімділігін одан әрі зерттеу, әрине, пациенттердің неғұрлым ауқымды үлгісін және ұзағырақ бақылауды талап етеді, бірақ біз өзіміздің алдын ала нәтижелерімізді жариялауды ұйғардық, өйткені Қазақстанда бірінші болып оларды онкологиялық пациенттерде пайдалана бастадық. Өңештің жұмыс істемейтін қатерлі ісігі үшін паллиативті емдеу ретінде сүмбілеу-бұл гастростомы арқылы тамақтанудан айырмашылығы, пациенттердің талғамына қарай психологиялық тұрғыдан сұранысқа ие тағамның отуын және физиологиялық тамақтануды жақсарту әдісі. Қақпақты сүмбілеу қауіпсіз әдіс болып табылады, өйткені қақпақты мөлдір және сүмбілеу эндоскопистің визуалды бақылауымен өтеді. Мұнда сүмбілеу әдісін клиникаларда кеңінен қолдану үшін тек қатерлі стеноздарда ғана емес, сонымен қатар өңештің қатерсіз стриктураларында да сүмбілеудің ең қауіпсіз әдісі ретінде ұсынуға болады.

Түйінді сөздер: стеноз, құрылым, сүмбілеу, паллиативті көмек, өңеш қатерлі ісігі.

ABSTRACT
ENDOSCOPIC BOUGIENAGE AS PALLIATIVE TREATMENT FOR INOPERABLE ESOPHAGEAL CANCER: A CASE SERIES

K. Batyrbekov¹, A. Galiakbarova¹, A. Ualikhanov¹

¹«National Research Oncology Center» LLP, Astana, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Esophageal cancer is one of the most aggressive tumors of the digestive tract, with a 5-year survival rate of only 10%. Given the global aging of the population and consequently the increase in the number of patients who will not undergo surgery, chemotherapy, and radiation, or the fact that they do not want it, especially due to deficiencies and concomitant pathology, endoscopic methods for palliative treatment are an alternative.

The article aimed to report the results using distal caps to treat esophageal stenosis in inoperable esophageal cancer.

Methods: The article describes cases of endoscopic cap bougienage in patients with inoperable cancerous esophageal stenosis at the National Scientific Cancer Center (Astana, Kazakhstan).

Results: All 5 patients had inoperable cancerous esophageal stenosis and endoscopically installed percutaneous gastrostomy. All patients refused to eat through gastrostomy and wanted to take food physiologically orally while preserving the perception of food taste. Sessions of distal esophageal bougienage with distal caps were performed outpatiently and without sedation; the intervals between sessions ranged from 7 to 20 days and the number of bougees ranged from 4 to 11.

Conclusions In our clinic, distal cap bougienage has been successfully used in patients with benign strictures for a long time, and in this article we present cases of bougienage in 5 patients with malignant stenoses. Further investigation of the effectiveness of cap bougienage of malignant stenoses requires a more extensive sample of patients and longer follow-ups. However, we decided to publish our preliminary results since we were the first in Kazakhstan to use them in inoperable cancer patients. Bougie, as a palliative treatment for inoperable esophageal cancer, is a method to improve food passage and a more physiological meal, which, according to taste preferences, is more psychologically demanded by patients, compared to eating through gastrostomy. Bougie caps are a safe method since the Bougie Cap is transparent and the bougie is performed under the visual supervision of an endoscopist. This bougie technique can be recommended for widespread use in clinics as the safest bougie method not only for malignant stenoses but also for benign strictures of the esophagus.

Keywords: stenosis, stricture, bougienage, palliation, esophageal cancer.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Батырбеков К.; научный дизайн – Батырбеков К., Галиакбарова А.; исполнение заявленного научного исследования – Галиакбарова А., Уалиханов А.Т.; интерпретация заявленного научного исследования – Батырбеков К.; создание научной статьи – Батырбеков К.

Сведения об авторах:

Батырбеков К.У. (корреспондирующий автор) – PhD, руководитель Центра экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии, ТОО «Национальный научный онкологический центр», Астана, Республика Казахстан, тел: +77074744980, e-mail: dr.kanat77@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-4837-0775;

Галиакбарова А.А. – врач-эндоскопист Центра экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии, ТОО «Национальный научный онкологический центр», Астана, Республика Казахстан, тел: +77072676316, e-mail: ainura-endo@mail.ru, ORCID ID: 0000-0002-9588-0025;

Уалиханов А.Т. – врач-эндоскопист Центра экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии, ТОО «Национальный научный онкологический центр», Астана, Республика Казахстан, тел: +77055113069, e-mail: assetmed@mail.ru, ORCID ID: 0000-0001-6865-3006.

Адрес для корреспонденции: Батырбеков К., Национальный научный онкологический центр, ул. Керей Жанибек хандар 3, г. Астана 020000, Республика Казахстан.